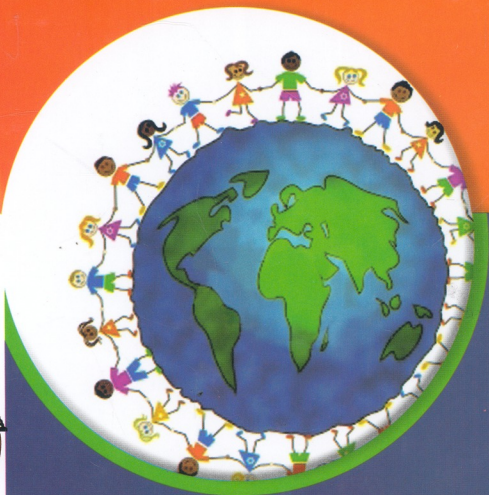


# التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان

Special education &  
children cancer patients

الدكتور  
أيمن يحيى عبدالله

الأستاذة الدكتورة  
خولة أحمد يحيى







دار

المسيرة

للنشر والنوزيع والطباعة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

التربية الخاصة  
وأطفال مرضى السرطان

رقم التصنيف : 371.9  
المؤلف ومن هو في حكمه: التربية الخاصة واطفال مرضى السرطان  
عنوان الكتاب: خولة أحمد يحيى/ أيمن يحيى عبدالله  
رقم الايبداع : 2009/9/4175  
الواصفات: التربية الخاصة/ المرضى/ الأطفال/ طرق التعلم  
بيانات النشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع  
\* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

### حقوق الطبع محفوظة للناشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المسيرة للنشر والتوزيع  
- عمان - الأردن، ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة تفسير  
الكتاب كاملاً أو مجزئاً أو تسجيله على الشريطة كاسيت أو إدخاله على  
الكمبيوتر أو برمجته على أسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً.

Copyright ©  
All rights reserved

الطبعة الأولى

2010 م - 1431 هـ



دار  
المسيرة  
للنشر والتوزيع والطباعة

عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي  
هاتف: 5627049 فاكس: 5627059  
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء  
هاتف: 4640950 فاكس: 4617640  
ص ب 7218 - عمان 11118 الأردن

www.massira.jo  
info@massira.jo

# التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان

الأستاذة الدكتور

**خولة أحمد يحيى**

كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية

الدكتور

**أيمن يحيى عبدالله**



## الإهداء

إلى كل:

أب وأم لديهما مصاف بمرض مزمن..

تربوي حريص على بناء شخصية سوية متكاملة...

مرشد يسعى لتغيير ما حوله بشكل ايجابي...

مختص يحاول تقديم الأفضل.....

مؤمن يرى أن الأمل بالله والعمل الدءوب هما مصدر النجاح...



## الفهرس

9	المقدمة
13	تمهيد

### الفصل الأول

#### التربية الخاصة و الأطفال ذوو الحاجات الخاصة

21	مفهوم التربية الخاصة
25	أهداف التربية الخاصة
26	مبادئ التربية الخاصة
27	الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة
28	الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة
29	تطور خدمات التربية الخاصة
29	حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة
31	واقع التربية الخاصة في البلاد العربية
32	فئات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة
44	الإعاقة الصحية والجسمية والأمراض المزمنة
45	تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية
48	نسبة حدوث الإعاقات الجسمية والصحية
49	التطور التاريخي لتربية ذوي الإعاقات الجسمية والصحية
50	أهم خصائص أطفال ذوي الإعاقات الصحية والجسمية
55	تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الصحية والجسمية
57	البدائل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الصحية والجسمية

## الفصل الثاني

### السرطان

63.....	مفهوم مرض السرطان
64.....	أسباب مرض السرطان
66.....	معدل ظهور السرطان والسرطان في الأردن
70.....	أهم أنواع السرطان لدى الأطفال
71.....	تطور وتحديد مرحلة مرض السرطان
74.....	أعراض مرض السرطان
82.....	علاج مرض السرطان
84.....	توقعات الشفاء من المرض

## الفصل الثالث

### المظاهر الجسمية والتنفسية والاجتماعية والمعرفية

#### لدى أطفال مرضى السرطان

89.....	الآثار الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال
102.....	دراسات
154.....	الوفيات والمتابعة طويلة المدى

## الفصل الرابع

### الكشف والتدخل المبكر لدى أطفال مرضى السرطان

163.....	الكشف والتشخيص
165.....	التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية
166.....	مبررات التدخل المبكر ونماذجه
169.....	الاكتشاف المبكر والتشخيص والتقصي للسرطان
173.....	أعراض مرض السرطان

### الفصل الخامس

#### أسر الأطفال المصابين بالسرطان

- 179..... أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة
- 181..... أسر الأطفال المصابين بالسرطان
- 182..... الضغط النفسي ومصادر الضغوط للمعاقين وأسرهم ومحدداته
- 185..... أنماط التكيف مع الإعاقة وحاجات ذوي الإعاقات
- 189..... مراحل التكيف التي يمر بها الوالدان مع طفلهم المعاق
- 191..... تأثير الإعاقة
- 195..... دعم الأسرة
- 201..... دراسات حول موضوع الضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين

### الفصل السادس

#### البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال مرضى السرطان

##### وأسرهم لتحسين المظاهر المختلفة لديهم

- 207..... الإرشاد النفسي: الفردي والجمعي والوالدي
- 210..... العلاج الإرشادي
- 214..... العلاج العقلاني الانفعالي
- 225..... استعراض برنامج إرشادي مبني على العلاج العقلاني- الانفعالي (RET)
- 251..... دراسات
- 259..... تعديل السلوك لدى هؤلاء الأطفال
- 266..... العلاج باللعب
- 269..... بعض الأفكار لطمأنة الطفل خلال تشخيص السرطان ومعالجته
- 270..... برنامج العودة للمدرسة
- 277..... المراجع



## المقدمة

قَالَ تَعَالَى: ﴿وَمَا يَكُم مِّنْ نِّعْمَةٍ مِّنَ اللَّهِ تَعَدَّ إِذَا مَسَّكُمُ الضَّرُّ فَأَلَيْوَ حَيْثُ يَنْتَقِرُونَ﴾ [النحل: 53]

قَالَ تَعَالَى: ﴿وَأَنْ لَّيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَى﴾ [النجم: 39]

لقد تم الاهتمام بتربية ذوي الحاجات الخاصة منذ عدة عقود وأصبح اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة، إلا أن الإهتمام بفئة أطفال مرضى السرطان عامّة ولوكيميا الدم (سرطان الطفولة) خاصة كان قليلاً سواء كان ذلك في الدول العربية أو في الأردن.

ويعتبر هؤلاء الأطفال ذوو الأمراض المزمنة ضمن فئة ذوي الإعاقات الصحية والجسمية وهي من فئة من فئات التربية الخاصة واسعة الانتشار.

نضع بين يدي القارئ الكريم هذا الكتاب التربوي حيث ان هذا الكتاب ليس موجهاً نحو القارئ المختص فحسب، بل هو موجه الى كل من له صلة بالأطفال ذوي الاعاقات الجسمية والصحية، كالأباء والامهات والعلمين والمعلمين والمرشدين والمرشدات والقارئ العادي.

ويتناول هذا الكتاب ستة فصول , حيث يركز الفصل الأول على :

- التربية الخاصة و الأطفال ذوو الحاجات الخاصة :
- مفهوم التربية الخاصة , أهداف التربية الخاصة , مبادئ التربية الخاصة.
- الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة .
- الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة .
- تطور خدمات التربية الخاصة .
- حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة .

- واقع التربية الخاصة في البلاد العربية .
  - فئات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة .
  - الإعاقة الصحية والجسمية والأمراض المزمنة :
  - التصنيف , نسبة الحدوث , التطور التاريخي , أهم خصائص أطفال ذوي الإعاقات الصحية والجسمية .
  - تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الصحية والجسمية .
  - البدائل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الصحية والجسمية .
- فيما يركز الفصل الثاني على :

- السرطان : المفهوم والأسباب.
  - معدل ظهور السرطان , والسرطان في الأردن .
  - أهم أنواع السرطان لدى الأطفال , تطور وتحديد مرحلة السرطان .
  - الأعراض , العلاج , توقعات الشفاء.
- وقد خصص الفصل الثالث للمظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية لدى أطفال مرضى السرطان ,

- والآثار المتأخرة الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال.
- دراسات
- الوفيات والمتابعة طويلة المدى

أما الفصل الرابع فقد تناول موضوع الكشف والتدخل المبكر لدى أطفال مرضى السرطان :

- الكشف والتشخيص , التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.
- مبررات التدخل المبكر ونماذجه .
- الاكتشاف المبكر والتشخيص والتقصي للسرطان .

- أعراض السرطان .
- وقد تناول الفصل الخامس :
- أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .
- أسر الأطفال المصابين بالسرطان .
- الضغط النفسي ومصادر الضغوط للمعاقين وأسرههم ومحدداته .
- أنماط التكيف مع الإعاقة وحاجات ذوي الإعاقات .
- مراحل التكيف التي يمر بها الوالدان مع طفلهم المعاق .
- تأثير الإعاقة .
- دعم الأسرة .
- دراسات حول موضوع الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين .
- أما الفصل الأخير وهو الفصل السادس فقد وضع البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال مرضى السرطان وأسرههم لتحسين المظاهر المختلفة لديهم فقد اهتم بـ:
- الإرشاد النفسي الفردي والجمعي والوالدي .
- العلاج الإرشادي .
- العلاج العقلاني الانفعالي .
- استعراض تطبيق برنامج إرشادي مبني على العلاج العقلاني-الانفعالي (RET) ( ونتائجه .
- دراسات .
- تعديل السلوك لدى هؤلاء الأطفال .
- العلاج باللعب .
- بعض الأفكار لطمأننة الطفل خلال تشخيص السرطان ومعالجته .
- برنامج العودة للمدرسة .

أملين أن يجد القراء ما يساعدهم في علاقتهم بالأطفال المصابين بالسرطان  
وأسرهم . راجين العلي القدير تقبل هذا العمل والسداد والتوفيق والهداية في الدنيا  
والآخرة ..... والله ولي التوفيق .

المؤلفان



## تهديد

تعتبر رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أمراً تنص عليه التشريعات السماوية والقوانين الوضعية، فقد شهد ميدان التربية الخاصة اهتماماً كبيراً وسريعاً خلال السنوات القليلة الماضية نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية وثقافية وإنسانية متعددة، تنادي بضرورة الاهتمام بفتة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، خصوصاً وأن نسبة انتشار هؤلاء الأطفال في المجتمع تتزايد باستمرار.

وبالرغم من هذا التطور في مجال التربية الخاصة، إلا أنه ما زال هناك غموض يعتره، فنجد القليل من فئات المجتمع لديهم الصورة الواضحة حول هذا المجال، بالرغم من أنهم يشكلون نسبة كبيرة في المجتمع. فإذا اعتبرنا أن نسبة 10 % حسب إحصاءات المنظمات الدولية من أفراد أي مجتمع بحاجة لخدمات التربية الخاصة، فإننا نجد أن هناك آلافاً أو مئات الألوف من ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع.

لقد أصبح موضوع التربية الخاصة من المواضيع واسعة الانتشار والتي تشغل اهتمام عدد من المختصين في المجالات التربوية والطبية والاجتماعية والنفسية في جميع أنحاء العالم، كما اتسع مجال خدمات التربية الخاصة لتشمل بالإضافة إلى تقديم البرامج المتخصصة للأطفال داخل صفوف التربية الخاصة، خدمات الأطفال داخل المدرسة العادية و داخل الصف العادي بما يتلاءم وحاجة الطالب، كذلك فإن التربية الخاصة تهتم بتقديم الخدمات التربوية والنفسية التي تمكن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من التكيف النفسي والمهني والاجتماعي و تقدم هذه الخدمات وفق مناهج وطرق ووسائل مناسبة.

ومنذ عدة عقود تم الاهتمام بتربية ذوي الحاجات الخاصة، لكن الاهتمام بفتة أطفال مرضى السرطان عامة و لوكيميا الدم (سرطان الطفولة) خاصة كان قليلاً،

لقد بدأ الاهتمام عالميا بهم منذ زمن، أما في الدول العربية وفي الأردن بالتحديد فما زال الاهتمام بدراسة هذه الفئة دون المطلوب. حيث يعتبر هؤلاء الأطفال ذوى الأمراض المزمنة ضمن فئة ذوى الإعاقات الصحية والجسمية التي هي من فئات التربية الخاصة واسعة الانتشار والتي تحتاج منا كتر بؤين الاهتمام المناسب.

يستعمل السرطان بشكل عام لمائة نوع مرضي مختلف بما فيها الأورام الخبيثة للمواقع المختلفة في الجسم ( الثدي، عنق الرحم، البروستات، ... ) وكذلك اللوكيميا. والشائع فيها كلها هو فشل الإجراءات التي تنظم نمو وانتشار الخلايا الطبيعية، فهناك تقدم في النمو غير المسيطر عليه لهذه الخلايا مع غزو الأنسجة المجاورة، وأخيرا الانتشار إلى المناطق الأخرى من الجسم ( WHO , 1995 ).

السرطان هو: ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر. هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محليا و تغزو و تدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أماكن أخرى من الجسم و تؤسس بؤرا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المنتقلة. هذه البؤر السرطانية المنتقلة بدورها تدمر الأعضاء الجديدة (حسن، 1987).

ويعرف سرطان الدم ( اللوكيميا ) بأنه: وجود ورم سرطاني في الأنسجة النخاعية المنتجة للخلايا الدموية أو في النظام اللمفاوي يعمل على زيادة سرعة تكوين واحدة أو أكثر من الخلايا الدموية وظهور الخلايا غير الطبيعية (السرطانية) وغير الناضجة بأعداد متفاوتة في الدم وتغلغلها في مختلف الأنسجة، وتتميز الخلايا الدموية السرطانية بسرعة تكاثرها ونموها غير الطبيعي وغير المحدود، وعدم قدرتها على النضوج بشكل عام (فطائر، 1991، ص. 150).

وتشير الإحصائيات الأمريكية إلى أن طفلا من كل ( 330 ) طفلا في أمريكا ممن هم دون ( 18 ) عاما قد يتطور لديهم نوع من أنواع السرطان (McDougal, 1997).

هذا و لا تفرق هذه الأمراض بين أمم غنية متحضرة وأمم فقيرة متخلفة على الرغم من أن الأخيرة تعاني بشكل أكبر، فهناك الملايين من الأطفال الرضع يموتون

سنويا من هذه الأمراض إضافة إلى استمرار انتشار هذه الأمراض بين الأطفال دون سن 18. ويتوقع تقرير منظمة الصحة العالمية أن يتزايد عدد حالات السرطان في البلاد النامية إلى الضعف خلال الخمس وعشرين سنة القادمة، و أن تكون حالتان من كل ثلاث حالات سرطان في البلدان النامية (WHO, 1997).

وكذلك تشير إحصائيات السجل الوطني للسرطان (2002) في الأردن إلى أن متوسط عدد حالات الإصابة المسجلة سنوياً (3430) حالة منها حوالي (350) طفلاً.

ولقد كان سائدا لفترة قريبة أن الإصابة بالسرطان تعني الموت أو انتهاء الحياة (Cancer equal death) مما يؤدي إلى التعامل مع المريض بأنه يمضي أيامه الأخيرة، وتبرز معاني الحزن والأسى والتعاطف وإعطائه جميع ما يطلب، بالإضافة للوصول إلى حالة اليأس أحيانا .

لقد تغيرت هذه النظرة بشكل بسيط، وذلك لأن المعالجة لبعض أنواع السرطان وخاصة لوكيميا الدم قد تصل أحيانا نسبة الشفاء - بإذن الله - إلى حوالي (70%) من الحالات؛ مما جعل بصيصا من الأمل يحدو الأطفال المصابين وأسرهم في إمكانية رجوع هؤلاء الأطفال إلى حياتهم الطبيعية، وممارستها كسائر الأطفال (Bleyer, 1990).

وتعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان، لأنها تشكل المرحلة الأولى التي يتلقى فيها الطفل خلاصة الخبرات والتجارب النابعة من المحيط الاجتماعي للطفل فتؤثر في طبيعته وتجاربه وخبراته اللاحقة، بالنسبة للطفل العادي فكيف إن كانت لديه بعض المشاكل الصحية المزمنة.

يعاني أطفال مرضى السرطان بصفة عامة من محدودية خاصة يفرضها المرض بداية، وعلاجه ثانيا (كيماوي، أشعة، جراحة)، ومن الآثار الجانبية لهذا العلاج ثالثاً (قلة المناعة، العصبية، وغيرها).

إن هذه المحدودية التي يفرضها المرض وعلاجه وآثار علاجه الجانبية تؤثر على جوانب الشخصية المختلفة لدى هؤلاء الأطفال من:

جسمية ( سقوط الشعر، اضطراب الوزن والإخراج، قلة المناعة ) (Phipps, 1994)،  
و نفسية ( قلق، خوف، حزن، عصبية وغيرها ) ( ملكاوي، 1998 )، و اجتماعية  
( انسحاب، عدوانية، اعتمادية وغيرها ) ( Lansky & Ritter, 1986 )، و معرفية (نتيجة  
الغياب المتكرر عن المدرسة، أو نتيجة العلاجات الكيماوية التي قد تؤثر على أجزاء من  
الجهاز العصبي) (Mulhern, 1994).

لقد أشار فيبس ( Phipps, 1994 ) أنه نتيجة لاستخدام العلاج الكيماوي،  
الأشعة، الزراعة ... قد تحدث تأثيرات مختلفة لدى هؤلاء الأطفال منها: ارتفاع  
الحرارة، قلة المناعة، تأثيرات على الكبد، مشاكل في التبول والإخراج، سقوط الشعر،  
اضطراب الوزن، الانتفاخ، تأثيرات على الطحال والأمعاء .....

كما أشار مولهون ( Mulhern, 1994 ) إلى القدرات المعرفية والنفس عصبية  
لأطفال مرضى لوكيميا الدم حيث أكد على أنها ترتبط بقدراتهم المعرفية  
السابقة، وطول المعالجة، وأن هناك تأثيرا على حاصل نسبة الذكاء لديهم (I.Q.)  
قد يؤدي إلى نقصانه، وخاصة إذا استمر المرض معه لفترة طويلة حتى مرحلة  
الشباب خصوصا لدى الذكور أكثر من الإناث، وتم خلال ذلك استخدام مكثف  
للكيماويات و أنواع الأشعة.

وكذلك أشارت مادان-سوين ( Madan-Swain, 1993 ) إلى أن لدى أطفال  
مرض السرطان المعالجين صعوبات في القدرات المفاهيمية العليا، ووظائف التذكر،  
والتأزر البصري البياني، والمهارات الدقيقة، وقد يكون لدى بعضهم ضعف انتباه  
،وقلة التركيز، و اضطراب زيادة النشاط Attention Deficit Hyperactivity  
( ADHD ) Disorder .

وأشار آرمسترونج و هورن ( Armstrong & Horn, 1995 ) إلى وجود  
تأثيرات جانبية للعلاجات الكيماوية مهمة في عملية تعلمهم، مثل: الإرهاق، تناقص  
الطاقة لديهم ( عدم القدرة على المشي أحيانا )، ضعف عام، فقدان الشعر.  
وأما براون ( Brown, 1996 ) فقد أكد على أن من يتعرض من هؤلاء  
الأطفال لعلاجات تخفف الأعصاب قد أثر ذلك على دراستهم، تهجنتهم، قراءتهم .

كما قالت كازاك (Kazak, 1994): أن بعض من يتعالجون للسرطان قد يرسبون في الدراسة أثناء العلاج، وتكون لديهم قوة محدودة، وخاصة إذا تم إهمال بعضهم ممن يحتاجون لخدمات أخرى كعلاج طبيعي، طبي، نطق، خدمات تعليمية؛ فيحتاجون إلى برامج تدريس خاصة .

وأشارت لانسكي وريتر (Lansky & Ritter, 1986) إلى تجارب لمدارس خاصة بأطفال لوكيميا الدم عالجت مشاكلهم، وتم تدريسهم مع بعضهم، مما جعل ذلك يحد من مشاكلهم الاجتماعية وهم يرون أطفالا مشابهيهم لهم في التأثيرات الجانبية للعلاج، و في الصعوبات المختلفة من: سقوط الشعر، الانتفاخ، الغثيان والقىء، الإرهاق، القلق، الخوف.

لما سبق يستنتج أن هناك حاجة لمساعدة هؤلاء الأطفال من خلال برامج إرشادية ( فردية وجماعية ) لأولياء أمورهم تؤثر فيهم بشكل إيجابي، ويعتبر الإرشاد الجمعي أسلوبا ناجعا في التعامل مع أولياء أمور هذه الفئة ومساعدتهم .

و الإرشاد الجمعي عملية ديناميكية تفاعلية، من أهم مميزاته مع الأسر أنه يقدم دعما عاطفيا للأسر التي تجمعها مشكلة ومشاعر متشابهة، ولذا فهم لا يتخرجون من التعبير عن مشكلاتهم ( الريحاني، 1981 ) .

و هناك برامج متعددة يمكن استخدامها من خلال الإرشاد الجمعي، ومن بينها البرنامج العقلاني - الانفعالي الذي تم تطبيقه في دراسات متعددة .

لذلك كان من الضروري اهتمام التربويين بهذه الفئة الكبيرة من الأطفال لأن المرض يكون تأثيره بداية صحيا وجسديا ثم ينتقل نفسيا واجتماعيا وربما معرفيا، وعلى تكيفهم النفسي، مما يترك لديهم محدودية لجارة زملائهم العاديين، ويحاول هذا الكتاب توضيح التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى هؤلاء الأطفال، وعلاقتها ببعض المتغيرات كالجنس، والعمر، وطول فترة المعالجة، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الوالدين.

ومن ثم تطوير برنامج إرشادي لتدريب أولياء الأمور للتغلب على بعض المشكلات المختلفة التي تواجه هؤلاء الأطفال والتي تؤكد التربية الخاصة أهمية

مشاركة الأسرة وبخاصة الوالدين في التخطيط للبرنامج التربوي لطفلهما؛ ليسهل على التربويين وأولياء الأمور والمهتمين التعامل مع هذه الفئة الخاصة من الأطفال التي تتطلب تدخلا خاصا من تربية ورعاية واهتمام كفلته جميع القوانين والأعراف والدساتير الدولية.

## التربية الخاصة والأطفال ذوي الحاجات الخاصة

مفهوم التربية الخاصة

أهداف التربية الخاصة

مبادئ التربية الخاصة

الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة

الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة

تطور خدمات التربية الخاصة

حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة

واقع التربية الخاصة في البلاد العربية

فئات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

الإعاقة الصحية والجسمية والأمراض المزمنة





## الفصل الأول

### التربية الخاصة والأطفال ذوي الحاجات الخاصة

#### مفهوم التربية الخاصة ( Special Education )

يعد مجال التربية الخاصة أحد المجالات التربوية الحديثة، فالتربية الخاصة- في مفهومها الحديث والشامل- تعنى بتربية الأطفال غير العاديين، وهم ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة الذين يختلفون عن أقرانهم العاديين، إما في قدراتهم العقلية، أو الحسية، أو الجسمية، أو الأكاديمية أو السلوكية والانفعالية، أو التواصلية، اختلافاً يوجب إجراء تعديلات ضرورية في المتطلبات التعليمية، والمستلزمات المدرسية، ويتم ذلك من خلال استخدام الوسائل، والطرق، والأساليب، والبرامج، التي من شأنها أن تمكن هؤلاء الأطفال- على اختلاف احتياجاتهم وخصائصهم- من الاستفادة من البيئة التربوية الطبيعية (Hallanan & Kuffman, 2003).

بمعنى مختصر التربية الخاصة هي مجموعة البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم على التكيف في مجتمعاتهم. وعند الحديث عن الأفراد الذين تخدمهم التربية الخاصة فإن ذلك يعني مجموعتين منهم:

**الأولى:** مجموعة الأفراد الذين ينحرفون نحو الجانب الإيجابي عن متوسط أداء الأفراد العاديين، وهم أفراد يتمتعون بقدرات تفوق القدرات الموجودة عند الأفراد العاديين بدرجات متفاوتة، ويطلق على هذه المجموعة الموهوبون، وهم أيضاً بحاجة لخدمات التربية الخاصة لرعايتهم وتنمية قدراتهم.

**الثانية:** مجموعة الأفراد الذين ينحرفون نحو الجانب السلبي عن متوسط أداء الأفراد العاديين، بمعنى أن قدراتهم وإمكاناتهم أقل من قدرات وإمكانات الأفراد العاديين، ويطلق على هذه المجموعة المعوقون، وهم أكثر حاجة لخدمات وبرامج التربية الخاصة لمساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي يعيشون فيه (Kirk, Gallagher & Anastasiow, 2003).

وتؤكد التربية الخاصة على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتكييف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجاتهم، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في صفوف التعليم العام، مع تقديم الدعم العلمي المكثف لمعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام، بما يساعدهم على تنفيذ استراتيجيات التعليم سواء للطلاب الموهوبين أو ذو الإعاقات المختلفة (الروسان، 2001).

وقد شهد العقد الحالي تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالإعاقة. ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في مجال الإعاقة لأن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية، بحيث لا تهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل جوانب أخرى، وبشكل يكون فيه لبرامج الوقاية من الإعاقة أهمية متميزة نظراً لأنها تمثل إجراءً مبكراً يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل (يحيى، 2006).

وتعرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية. وعليه، فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلبياً على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة (Kirk, Gallagher & Anastasiow, 2003).

وأيضاً تعرف التربية الخاصة بأنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة، وطرائق تربوية خاصة و إجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية - الشخصية والنجاح الأكاديمي .

إن الهدف الذي تتوخى التربية الخاصة تحقيقه لا يقتصر على توفير منهاج خاص أو طرائق تربوية خاصة أو حتى معلماً خاصاً. ولكن الهدف يتضمن إيضاح حقيقة أن كل شخص يستطيع المشاركة في فعاليات مجتمعه الكبير، وأن كل الأشخاص

أهل للاحترام والتقدير، و أن كل إنسان له الحق في أن تتوافر له فرص النمو والتعلم (Heward & Orlansky, 1988).

والتربية الخاصة حديثة نسبياً، بالرغم من أن الأطفال المعوقين والمتفوقين الذين تقدمهم التربية الخاصة كانوا موجودين دائماً. فقد زرعت جذور التربية الخاصة قديماً حين جاء الإسلام و اهتم بالضعفاء و ذوي الأمراض. أما حديثاً فقد بدأ الاهتمام بهم في بدايات القرن التاسع عشر على أيدي رواد أوروبيين بينوا أن الأطفال المعوقين قادرين على التعلم و أن لديهم القابلية للتدريب على خلاف ما كان سائداً لقرون طويلة .

#### "الأطفال ذوو الحاجات الخاصة"

هم الأطفال الذين يختلفون عن الأطفال العاديين اختلافاً ملحوظاً ويشكل مستمر أو متكرر، الأمر الذي يحد من قدرتهم على النجاح في تأدية النشاطات الأساسية الاجتماعية و التربوية والشخصية.

وفي هذا السياق، يجب التمييز بين بعض المصطلحات التي تستخدم عادة للإشارة إلى الفئات الخاصة المختلفة في أدبيات التربية الخاصة .

وترتبط التعريفات المحددة أكثر من التعريف العام بقضايا القياس والكشف رغم أن كلا النوعين من التعريف يرتبط بالفلسفة والأحكام الاجتماعية .

يقدم تelford و سوري ( Telford & Sawrey , 1977 ) المزيد من الإيضاح لمصطلح الفئات الخاصة اعتماداً على النوعية (عقلية، جسدية، حسية)، أو الشدة (أي مقدار الانحراف)، أو المدى (أي مدى تأثير الانحراف الأساسي على الجوانب الأخرى في الشخصية والسلوك). موضوع هام آخر لم يجده هذان الباحثان هو المدة أو الفترة الزمنية الكلية التي يتوقع ملاحظة الانحراف فيها.

و بوجه عام، تنظر المجتمعات إلى الفئات الخاصة بوصفها ذات حالات مزمنة وتستجيب للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وفقاً لذلك. هذه المتغيرات الأربعة تتفاعل لتحدث أوصافاً فردية للحاجات الخاصة.

• الضعف و العجز و الإعاقة:

• الضعف ( Impairment ):

وهو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة و بخاصة الحالات التي تعزى للعجز الحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري .

• العجز ( Disability ):

وهو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف. وغالبا ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية .

• الإعاقة ( Handicap ):

يشير هذا المصطلح إلى عدم القدرة على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية.

• الاضطراب ( Disorder ):

يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي ( لذلك يقال: اضطراب لغوي، أو اضطراب تعليمي ) .

• الحالات الخاصة ( Exceptionalities ):

وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث أنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين ( المعوقين )، وإنما يشمل على الذين يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين ( الموهوبين و المتفوقين ) .

حاول مايرسون ( Meyerson ,1971 ) التفريق بين استخدام مصطلحي العجز و الإعاقة. و رغم أن هذا التمييز قد يكون واضحا بالنسبة لذوي الحاجات الجسمية الخاصة، إلا أنه مفيد أيضا لتحديد فئات التربية الخاصة الأخرى وتطوير استراتيجيات التدخل الملائمة لها .

فالعجز ( Disability ) يمكن تعريفه على أنه خاصية ملحوظة قابلة للقياس يحكم عليها بالانحراف أو الاختلاف عن المعايير المقبولة. أما الإعاقة ( Handicap )

فيمكن تعريفها على أنها الحواجز، والعوائق، والمتطلبات، و الضغوط البيئية العامة المفروضة على الشخص من قبل البيئة بما فيها الأشخاص الآخرون. وعلى ذلك فإن فقدان الرجلين عجز في حين أن وجود الأدراج كوسيلة وحيدة للوصول إلى الهدف إنما هي إعاقة. ومفاهيم العجز والإعاقة إنما هي ظواهر اجتماعية، بمعنى أنها تتضمن إطلاق أحكام اجتماعية ولكننا نرى أن الدلالات الاجتماعية تكون أقوى عند النظر في حجم الإعاقة. وتتوفر حالياً أدوات قياس عديدة لوصف العجز من جوانبه المختلفة، أما الأدوات والأساليب لتقديم وصف مماثل للإعاقة فهي أقل توافراً رغم توفر مقاييس عامة وأعادة للسلوك التكيفي و التقسيم البيئي ( الحليدي و الخطيب والسرطاوي، 2002 ).

### أهداف التربية الخاصة

هناك مجموعة من الأهداف وهي:

1. التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة .
2. إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
3. إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية
4. إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
5. إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية.
6. مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.
7. تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.
8. تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة (Heward, 2006).

## مبادئ التربية الخاصة

تستند التربية الخاصة إلى جملة من المبادئ التي لا بد من مراعاتها إذا كنا نسعى إلى تصميم و تنفيذ البرامج التربوية الخاصة الفاعلة.

وهذه المبادئ هي:

1. يجب تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية. فالتربية الخاصة - كما هو معروف - تنادي بعدم عزل الشخص المعوق عن مجتمعه. وهذا ما يعرف عادة باسم الدمج ( Mainstreaming ) والذي يتضمن توفير بدائل تربوية بعيدا عن الحياة المعزولة في المؤسسات الخاصة. وقد يكون الدمج أكاديميا ( في المواد الدراسية ) أو اجتماعياً ( محيي، 2006).

2. تتضمن التربية الخاصة تقديم برامج تربوية فردية، و تتضمن البرامج التربوية الفردية:

- أ. تحديد مستوى الأداء الحالي .
- ب. تحديد الأهداف طويلة المدى .
- ج. تحديد الأهداف قصيرة المدى .
- د. تحديد معايير الأداء الناجح .
- هـ. تحديد المواد و الأدوات اللازمة .

و. تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج و موعد الانتهاء منها .

3. توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه .

وغالبا ما يشمل الفريق: معلم التربية الخاصة، و المعالج النفسي، و المعالج الوظيفي، و أخصائي علم النفس، و المرشد، و أخصائي التربية الرياضية المكيفة، و أخصائي نطق، و الأطباء، و الممرضات، و أخصائي العمل الاجتماعي.

4. الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة. و الأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل، و المدرسة ليس بديلاً عن الأسرة، فللكل من الطرفين دور يلعبه في نمو الطفل. كذلك لا بد من تشجيع أفراد الأسرة و خاصة الوالدين على المشاركة الفاعلة في العملية التربوية الخاصة.

5. التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتقدمة:

فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو و يجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن. و كذلك يعتبر الكشف والتدخل المبكر أحد المبادئ الرئيسة في ميدان التربية الخاصة. و يمكن تقديم هذا النوع من الخدمات إما في المراكز المتخصصة أو في البيت ( الحديدي و الخطيب، 2002 ).

#### الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة

هناك فروق واضحة بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة، وتبدو هذه الفروق واضحة بين كلاً منهما في النقاط التالية:

- أ. تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.
- ب. تتبنى التربية العامة منهجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهجاً لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية فيما بعد.
- ج. تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.
- د. تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين (Hallahan and Kauffman, 2003).

#### وعلى سبيل المثال:

تستخدم الخريطة في تعليم الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المجسمة أو الناطقة مع الطفل الكفيف، كما يستخدم جهاز الاوبتكون ( Optaco ) في تدريس

القراءة للمكفوفين، في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القراءة للأطفال العاديين.

كما تستخدم لغة الإشارة ( Sign Language ) في تدريس الصم، في حين لا تستخدم مثل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين (يجبى، 2006).

مهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة والعامة، فإن كلاً منهما يهتم بالفرد، ولكن بطريقته الخاصة. ومع ذلك تشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد أياً كان، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن، والعمل على تحقيق أهدافه، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها (Smith, 2007).

### الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة

#### أولاً: الأساس الديني؛

الدين الإسلامي الحنيف أقر مبادئ، وأسساً عامة تكفل لكافة أفراد المجتمع حياة هائلة آمنة، وتبهر لهم الطريق الذي يجب عليه سلوكهم، والمعاقين جزء لا يتجزأ من ذلك المجتمع، وانطلاقاً من ذلك فقد اعتنى الدين الإسلامي الحنيف بهم عناية لم يعرف تاريخ البشرية لها مثيلاً، سابقاً بذلك كافة المواثيق، والإعلانات الدولية عن حقوق الإنسان.

#### ثانياً: الأساس القانوني؛

تمثل الإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعاقين وما تضمنته من توجهات وأبعاد إنسانية، اعترافاً عالمياً بحقوق المعاقين.

#### ثالثاً: الأساس الاقتصادي؛

يؤكد على الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة والمهنية للمعاقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئاً على مجتمعاتهم.

#### رابعاً: الأساس الاجتماعي؛

وهو الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها، وتعليمه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا ساعد على ظهور الاتجاه التربوي المسمى "التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي" (القريوتي وآخرون، 2001).



## تطور خدمات التربية الخاصة

لقد عانى ذوو الإعاقة في العصور القديمة الكثير من الاضطهاد وسوء المعاملة، فقد كان ينظر إليهم على أنهم أفراد غير مرغوب فيهم في المجتمع، فتعرضوا إلى الإهانة والقتل، وتم تعريضهم للحيوانات المفترسة بغرض افتراسهم والتخلص منهم، أو للتسلية بمعاناتهم، وفي أفضل الظروف عزلهم عن المجتمع في ملاجئ بعيدة عن الأفراد العاديين. وسادت اعتقادات كثيرة كأعتبارهم أفراداً تسكنهم الشياطين والأرواح الشريرة، وغير ذلك، مما يبرر قتلهم (Hallahan and Kauffman, 2003).

في حين أن المجتمع الإسلامي أهتم بهذه الفئات انطلاقاً من مبادئ الدين الإسلامي التي تحفظ حقوق الإنسان وكرامته فأنشئت الدولة الإسلامية المصحات والمستشفيات (مستشفيات الأمراض العقلية) للاهتمام بالمعوقين. وتشير كتب التاريخ الإسلامي إلى اهتمام الرسول صلى الله عليه وسلم بحق هذه الفئات ومعاملتهم معاملة إنسانية تحفظ كرامتهم وحقوقهم. فهناك الأحاديث النبوية الكثيرة التي تؤكد على ضرورة الاختيار السليم والمناسب لكل من الزوجين، كما أنشأ الخليفة عمر بن العزيز مستشفيات خاصة للمعوقين، وخصص خادماً لكل أعمى، وحرص على صرف رواتب لهم من بيت مال المسلمين (القيروتي وآخرون، 2001).

وحديثاً بدأ الاهتمام بالتربية الخاصة بمفهومها المعاصر وأصبحت كثير من الدول تنشئ المؤسسات والمعاهد لتعليم وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة وتضع القوانين والأنظمة لحفظ حقوق هذه الفئة. ومن هنا يمكن القول بأن هناك تطوراً في مجال الاهتمام بخدمات التربية الخاصة من خلال البدائل التربوية والتعليمية المقدمة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

## حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة

في حين تقدر بعض المصادر نسبة الإعاقة في الطفولة المبكرة بحوالي 3٪ تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15٪ ويرجع هذا التفاوت في التقديرات إلى عدة أسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات. فليس هناك تعريف موحد، وحتى في حالة الانفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الإعاقات وبخاصة

البسيطة منها في السنوات الأولى. فمن المعروف أن الصعوبات التعليمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل الصف الأول. إضافة إلى ذلك، فإن التحقق من وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في العمر ذلك أن هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ. وعلى الرغم من هذه التحديات فإن هناك اتفاقاً عاماً على أن حوالي 10٪ من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أن إعاقة ما قد تتطور لديهم (الحطيب والحديدي، 2004).

وفي الدول العربية، لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بوجه خاص. فيضع الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين ولكن الأرقام لا تعكس الحقائق. وعلى ضوء ذلك فإن نسبة الانتشار المعتمدة دولياً (10٪) هي النسبة التي يمكن أخذها بالحسبان لأغراض تقدير أعداد الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة في الدول العربية. وبناء على ذلك يتوقع أن يكون عدد هؤلاء الأطفال حوالي ثلاثة ملايين وستمائة ألف طفل في الدول العربية (الحطيب والحديدي، 2004).

لا تتوفر إحصاءات دقيقة عن نسبة انتشار الإعاقات المختلفة في المجتمعات الإنسانية، فالتقديرات تتفاوت بشكل ملحوظ وثمة أسباب لذلك منها:

- أ. عدم قيام عدد كبير من دول العالم بإجراء دراسات مسحية لتحديد أعداد الأفراد المعوقين في المجتمع .

ب. بالنسبة للدول التي أجرت هذا النوع من الدراسات ، فثمة عوامل عديدة تحول دون الوصول إلى نتائج دقيقة ومن هذه العوامل:

1. اعتماد تعريفات غامضة بعض الشيء لفئات الإعاقة واختلاف التعريفات من وقت لآخر ومن دراسة إلى أخرى.
2. تداخل الفئات التشخيصية وغيرها من وقت إلى آخر .
3. الأخطاء المتعلقة بالعينات التي تشملها الدراسات المسحية مثل: عدم تمثيلها للمجتمع وتحيزها لسبب أو لآخر .

4. المشكلات المتعلقة بدور المدرسة في هذه العملية والمتمثلة بعدم أخذ الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة والشباب الذي تزيد أعمارهم عن السن المدرسي بالحسبان واختلاف المعايير المستخدمة من مدرسة إلى أخرى.
5. الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الأمر الذي يدفع أعدادا كبيرة من الأسر إلى إخفاء المعوقين وتجنب إدراج أسمائهم في الدراسات والسجلات الرسمية (Hallahan & Kauffman, 2000).

وعلى أي حال، فقد أجرت معظم دول العالم دراسات مسحية وقدمت إحصاءات رسمية اعتماداً على النتائج التي تم التوصل إليها، وبين الجدول رقم (1) النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة التي أشار إليها هيوارد (Heward, 2002).

الجدول رقم (1)

النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة

النسبة التقريبية	فئة الإعاقة
2.3%	التخلف العقلي
3%	صعوبات التعلم
0.6%	الإعاقة السمعية
0.1%	الإعاقة البصرية
2%	الإعاقة الانفعالية
3.5%	الاضطرابات الكلامية اللغوية
0.5%	الإعاقة الجسمية
12%	المجموع

واقع التربية الخاصة في البلاد العربية

لا توجد في معظم الدول العربية إحصاءات دقيقة تظهر عدد المعوقين. إلا أنه يمكن القول بأن هناك أعدادا كبيرة من المعوقين في المجتمعات العربية استناداً إلى عاملين: الأول حسب إحصاءات المنظمات الدولية كاليونسيف واليونسكو التي تعتبر بين 10 - 12 % من سكان أي دولة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وترتفع النسبة إلى 15% في الدول النامية بشكل عام. ربما يعود سبب ارتفاع عدد المعوقين في البلاد العربية إلى الأسباب التالية:

- ارتفاع معدل الفقر وتدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية.
- ارتفاع مستوى الأمية بين النساء.
- المشكلات التي تعاني منها المجتمعات العربية كحوادث السيارات، والإصابات المنزلية، والمخدرات.

إلا أنه يمكن النظر إلى واقع خدمات التربية الخاصة في البلاد العربية كما يلي:

**أولاً:** مازالت الخدمات في طور البناء والتطور ( حديثة العهد).

**ثانياً:** عدم شمولية الأفراد المحتاجين للخدمات حيث تشير الدراسات إلى أن 2/1 فقط من مجموع ذوي الاحتياجات الخاصة يتلقون خدمات تربوية واجتماعية.

**ثالثاً:** الحاجة إلى كوادر فنية في مجال التربية الخاصة.

**رابعاً:** الحاجة إلى خدمات وبرامج التدخل المبكر (القيوتي وآخرون، 2001).

إلا أن الوضع ما يزال غير مرض فالجهود متناثرة وغير متكاملة، وينقصها التنسيق والاستمرارية، وتفتقر إلى النضج المهني، ولا تستوعب سوى نسبة ضئيلة من الفئات المستهدفة، ونادراً ما تخضع للتقييم والمساءلة والتوثيق مما يجعل من الصعوبة بمكان على صانعي القرار والمهتمين تحليل التغيرات النوعية والكمية الحقيقية والتخطيط المستقبلي الواعي المستند إلى البيانات الموضوعية ( الخطيب وآخرون، 2007).

### فئات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

#### 1. الإعاقة العقلية ( Mental Retardation )

هي تدن ملحوظ ( الخفاض لا يقل عن المحرفين معياريين عن المتوسط ) في مستوى الأداء العقلي العام يرافقه عجز في السلوك التكيفي . وتصنف الإعاقة العقلية إلى أربع مستويات: بسيط، ومتوسط، وشديد، و شديد جداً. وقد تنجم الإعاقة العقلية عن عوامل عضوية أو عن عوامل ثقافية - أسرية. و تؤثر الإعاقة العقلية على مظاهر النمو العقلي، والجسمي، والانفعالي / الاجتماعي، واللغوي، والشخصي ( القريوتي و السرطاوي والصمادي، 1995 ).

أو هي حالة انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو ويراقره عجز في السلوك التكيفي. ويعتبر انخفاض الأداء العقلي العام ملحوظاً إذا كان بمقدار الحرفين معيارين عن المتوسط . أما العجز في السلوك التكيفي فهو يعني افتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الشخصية المتوقعة لمن هم في فئته العمرية وفتته الاجتماعية / الثقافية.

واعتماداً على مدى الانخفاض في القدرات العقلية العامة تصنف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات كما أشار إليها (الحازمي، 2007).

1. إعاقة عقلية بسيطة ( درجة ذكاء بين 55 – 70 ) .
2. إعاقة عقلية متوسطة ( درجة ذكاء بين 40 – 50 ) .
3. إعاقة عقلية شديدة ( درجة ذكاء بين 25 – 39 ) .
4. إعاقة عقلية شديدة جداً ( درجة ذكاء دون 25 ) .

وعلى الرغم من تباين خصائص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية إلا أن هذه الإعاقة غالباً ما تؤثر في مجالات النمو العقلي، والجسمي / الحركي، والانفعالي / الاجتماعي، واللغوي، والشخصي. فمن الناحية العقلية يعاني هؤلاء الأفراد كمجموعة من ضعف الانتباه والقابلية للتثنت، وعدم الإفادة من التعلم العارض، وضعف الذاكرة قصيرة المدى، وضعف القدرة على التمييز من جهة والتعميم ونقل أثر التعلم من جهة أخرى، وضعف القدرة على التفكير المجرد. ومن الناحية الجسمية / الحركية فالأشخاص المتخلفين عقلياً، وإن كان نموم يسير وفقاً للتسلسل الطبيعي، إلا أن لديهم ضعفاً عاماً أو تأخراً من حيث سرعة النمو أو معدله. وقد يصاحب الإعاقة العقلية وبخاصة الشديدة والشديدة جداً تشوهات مختلفة في الرأس أو الوجه أو في أطراف الجسم. كذلك فهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ومظاهر الضعف المختلفة في الأجهزة العصبية والعضلية – العظمية وغيرها. وأما بالنسبة للنمو اللغوي فالإعاقة العقلية غالباً ما تؤثر سلباً على القدرة التواصلية للأفراد وتقود إلى ضعف أو تأخر لغوي وكلامي. فلغتهم تتطور ببطء وتتسم بعدم النضج وكلامهم

غالباً ما يكون مضطرباً من حيث الانسياب / الطلاقة أو النطق أو الصوت. وفي حالات الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً فقد لا تتطور القدرات الكلامية.

و للإعاقة العقلية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو الشخصي والاجتماعي/ الانفعالي. ومن أهم تلك التأثيرات تدني مستوى الدافعية ومفهوم الذات، وتوقع الفشل والإخفاق، والانسحاب الاجتماعي، والسلوكيات النمطية، والعديد من الاستجابات الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية .

أما أسباب التخلف العقلي فهي ما زالت غير معروفة في حوالي 75% من الحالات بالرغم من أن الدراسات والبحوث العلمية التي أجريت في العقود الماضية وجدت علاقات ارتباطية بين أكثر من مائتي متغير والتخلف العقلي. ومهما يكن الأمر، فقد ذاب الباحثون على تسمية التخلف العقلي الذي يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي العيادي وتسمية التخلف الذي لا يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي الثقافي - الأسري ( البيئي ) (الروسان، 2007).

## 2. صعوبات التعلم ( Learning Disabilities )

واحدة من فئات التربية الخاصة التي توصف بأنها "محبيرة" لأن الغموض كان وما زال يكتنفها من حيث التعريف والأسباب. و التعريف الأكثر قبولا لصعوبات التعلم هو ذلك الذي ينص على أنها: اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة أو استخدامها سواء أكانت شفوية أو كتابية. وتمثل المشكلة الرئيسية في الصعوبات التعليمية في التباين الملحوظ بين القابلية والإنجاز الفعلي. و بوجه عام، ليس هناك سوى سبب واحد فقط لصعوبات التعلم لكن السبب الأكثر شيوعاً على ما يعتقد كثيرون هو حدوث خلل في الأداء الوظيفي للمخ أي خلل نيورولوجي. و يرجع هذا الخلل أو القصور النيورولوجي إلى خمس فئات عامة هي: الأسباب الوراثية، و الأسباب البيولوجية، و الأسباب البيوكيميائية، و الأسباب البيئية، و الأسباب النمائية. ( الحديدي و الخطيب و الروسان و الزريقات و الصمادي و العميرة و الناطور و يحيى، 2007 ).

علاوة على ذلك، فإن الأديبات التربوية الخاصة تزخر بالتسميات والمصطلحات التي استخدمت في النصف الأول من القرن العشرين للإشارة إلى الصعوبات التعليمية ومنها: متلازمة النشاط الزائد، الإعاقة التعليمية، الإعاقة الإدراكية، اضطراب ضعف الانتباه، التلف الدماغى البسيط، والدسلكسيا (عسر القراءة) .

وعلى أي حال، فالتعريف الأكثر قبولاً واستخداماً لصعوبات التعلم هو ذلك الذي ينص على أن الصعوبات التعليمية هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة أو استخدامها سواء كانت شفوية أو كتابية. وهذا الاضطراب يظهر على شكل عجز عن الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب. ويبين التعريف أن الصعوبات التعليمية لا تشمل المشكلات التعليمية التي تعود أساساً إلى الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو السلوكية أو الحركية أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي (Halahan and Kauffman, 2003).

وتتمثل المشكلة الرئيسية لدى الأطفال ذوي الصعوبات في التباين الملحوظ بين القابلية والإنجاز الفعلي. ويتم الحكم على ذلك إجرائياً من خلال مقارنة الأداء الفعلي للطفل في المجالات الأكاديمية المختلفة بأدائه المتوقع بناء على عمره العقلي وعمره الزمني. وينبغي إثبات أن هذا التباين يقتضي تقديم خدمات تربوية خاصة ليتم تصنيف المشكلة على أنها صعوبات تعليمية (Smith, 2007).

### 3. الإعاقة البصرية ( Visual Impairments )

تشمل الإعاقة البصرية العمى ( فقدان البصر الكلي )، وضعف البصر ( فقدان البصر الجزئي ) .

ومن الناحية الطبية / القانونية يعتبر الطفل كفيفاً إذا كانت حدة إبصاره أقل من 20/200 أو إذا كان مجال بصره لا يتعدى 20 درجة وذلك بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية باستخدام العدسات أو النظارات الطبية أو الجراحة .

ومن الناحية التربوية فالطفل يعتبر كفيفاً إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر و اعتمد على طريقة برايل. أما الضعف البصري فهو حدة بصر تتراوح

بين: 20/70 - 20/200 وفقاً للتعريف القانوني. و من الناحية التربوية فحالة الضعف لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملاً فثمة قدرات بصرية متبقية لديه للقراءة باستخدام أدوات التكبير .

وتشتمل الأسباب الرئيسة للإعاقة البصرية على:

1. أخطاء الانكسار.
2. اعتلال الشبكية الناتج عن السكري.
3. الماء الأبيض الناتج عن فقدان العدسة لشفافيتها.
4. الماء الأسود.
5. التراخوما.
6. انفصال الشبكية عن جدار مقلة العي.
7. تنكس ( تلف ) الحفيرة الصفراء.
8. ضمور العصب البصري .
9. التليف خلف العدسة.
10. التهاب الشبكية الصباغي ( الحديدي، 1998 ).

#### 4. الإعاقة السمعية ( Hearing Impairments )

تشمل الإعاقة السمعية الصمم والضعف السمعي. و الأصم هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 ديسبل .  
أما الشخص ضعيف السمع فهو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه بين 25-90 ديسبل .

وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لعمر الفرد عند حدوث الفقدان السمعي إلى إعاقة قبل تطور اللغة وإعاقة سمعية بعد تطور اللغة، وتصنف تبعاً لموقع الإصابة إلى:

- أ. فقدان سمعي توصيلي ( عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى ).
- ب. فقدان سمعي حس عصبي ( عندما يكون الخلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي ).



ج. فقدان سمعي مركزي ( عندما يكون الخلل في المنطقة السمعية في الدماغ ).  
وأخيراً فإن الإعاقات السمعية تصنف تبعاً لمدى فقدان السمع إلى الفئات التالية:

- أ. إعاقة سمعية بسيطة ( 25 - 40 ديسبل ) .
- ب. إعاقة سمعية متوسطة ( 40 - 65 ديسبل ) .
- ج. إعاقة سمعية شديدة ( 65 - 90 ديسبل ) .
- د. إعاقة سمعية شديدة جداً ( أكثر من 90 ديسبل ) .

وتتنوع أسباب الإعاقة السمعية فثمة حالات ولادية وثمة حالات أخرى مكتسبة. و الحالات المكتسبة قد تحدث فجأة وقد تحدث تدريجياً. وهناك أيضاً حالات ضعف سمعي لا يعرف لها سبب معين. بالنسبة للحالات الولادية فهي قد تكون وراثية وقد لا تكون وراثية بل ناجمة عن عوامل أخرى من أكثرها شيوعا وخطورة الحصبة الألمانية. أما الإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود لجملة من الأسباب منها: التهاب السحايا، والحدجاج، وعدم توافق العامل الريزي، و التهاب الأذن الوسطى، والعقاقير الطبية، وغير ذلك من الأسباب (مجيى، 2006).

#### 5. اضطرابات السلوك ( Behavior Disorder )

يعد السلوك مضطرباً إذا اختلف جوهرياً من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله وبشكل متكرر عما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية. ويظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكياً أو المعوقين انفعالياً جملة من الخصائص، من أهمها: عدم قدرة على التعلم غير ناجمة عن انخفاض في القدرة العامة أو العجز الحسي أو الجسمي، وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين، والإحساس العام بالكآبة والحزن، والشكوى من أعراض نفسية-جسمية ( مخاوف وآلام ) ليس لها جذور جسمية واضحة، واستجابات غير تكيفية وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية .

ويظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكياً أو المعوقين انفعالياً جملة من الخصائص من أهمها:

- أ. عدم القدرة على التعلم غير ناجحة عن انخفاض في القدرة العقلية العامة أو العجز الحسي أو الجسمي .
  - ب. عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين .
  - ج. الإحساس العام بالكآبة والحزن .
  - د. الشكوى من أعراض ( نفسية - جسدية - مخاوف وآلام ) ليس لها جذور جسدية واضحة .
  - هـ. إصدار استجابات غير تكيفية وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية.
- وتصنف الأدبيات السلوكية والتربوية اضطرابات السلوك إلى عدة فئات وذلك وفقاً لعدة معايير. وعلى أي حال، فإن اضطرابات السلوك غالباً ما تصنف إلى أربع فئات رئيسية وهي:
- أ. اضطرابات التصرف:
- وتشمل النشاط الزائد ونوبات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفة التعليمات وقواعد السلوك .
- ب. عدم النضج:
- ويتضمن العجز عن الانتباه وعدم الاهتمام بالدراسة والتفاعل مع من هم أصغر سناً والسلبية .
- ج. اضطراب الشخصية:
- ويتضمن الانسحاب الاجتماعي والتجمل والقلق والجبن والشعور بالنقص أو الذنب .
- د. العدوان والانحراف الاجتماعي:
- ويتضمن السرقة والسلوك العدائي - التخريبي (يجيى، 2008).
6. اضطرابات التواصل ( Communication Disorders )
- تشمل اضطرابات التواصل: اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام .
- وتتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها بهدف التواصل .

وتشمل الاضطرابات اللغوية: الاضطرابات اللغوية النمائية والاضطرابات اللغوية التعليمية وحبسة الكلامية (الأفزيا).

أما اضطرابات الكلام فتتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم واستخدام الكلام بشكل فعال. وتشمل هذه الاضطرابات الإبدال والإضافة والحذف والتشويه واضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأناة أو الكلام بسرعة فائقة، واضطرابات الصوت وتشمل الحنة الأنفية والبهجة الشديدة (يجي وآخرون ، 2007).

بالنسبة لاضطرابات الكلام فهي تصنف ضمن ثلاث فئات رئيسية وهي:

- أ. اضطرابات اللفظ وتشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه .
- ب. اضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأناة أو الكلام بسرعة فائقة.
- ج. اضطرابات الصوت وتشمل الحنة الانفية والبهجة الشديدة .
- د. الاضطرابات الفمية – الوجيهة الناجمة عن تشوهات في الشفتين ( مثل الشفة الأرنبية ) أو الحلق ( شق الحلق ) أو الأنف أو الفم.

بالنسبة للاضطرابات اللغوية فهي تشمل:

1. الاضطرابات اللغوية النمائية .
2. الاضطرابات اللغوية التعليمية .
3. حبسة الكلامية ( الأفزيا )، (Heward, 2006)

#### • التوحد:

التوحد إعاقه نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ. وتظهر هذه الإعاقه عادة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي، والاجتماعي، والتواصل (Autism Society of America, 2008).

وينطوي تدريب الأطفال التوحدين وتعليمهم على تحديات كبيرة. وتنتج هذه التحديات جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث انه يأخذ أشكالاً متعددة جداً. فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحدين ولكن لكل طفل شخصيته

الفريدة وأنماطه السلوكية الخاصة. وقد بقيت آراء الاختصاصيين تعكس تشاؤماً شديداً إزاء إمكانية إحداث تغيير ذي معنى في نمو الأطفال التوحديين وسلوكهم إلى نهاية عقد السبعينات من القرن العشرين. إلا أن التفاؤل أصبح يحدو الباحثين والممارسين بعد أن بينت الدراسات العلمية لنجاح أساليب تعديل السلوك في تدعيم السلوكيات التكيفية للأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم غير التكيفية. والأكثر من ذلك أن الدراسات في عقد الثمانينات أوضحت إن هذه الأساليب أصبحت تحقق تحسناً ملحوظاً في سلوك الأطفال التوحديين بفعل التعديل والتطوير الذي خضعت له هذه الأساليب مؤخراً على ضوء نتائج البحوث العلمية المكثفة ذات العلاقة (الخطيب والحديدي، 2004).

وهكذا، فعلى الرغم من التباين بل والارتباك الذي اتسمت به الأدبيات العلاجية والبحثية فيما يتعلق بتشخيص التوحد، وبأسبابه، إلا أنها أصبحت واضحة نسبياً على صعيد الأساليب والبرامج التدريبية والعلاجية الأكثر فاعلية من غيرها. وتلك الأساليب والبرامج هي التي تستند إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي بما تقوم عليه من قياس متكرر ومباشر للاستجابات القابلة للملاحظة، والتحليل التجريبي للعلاقات الوظيفية بين تلك الاستجابات والمتغيرات البيئية القبلية ذات العلاقة بها.

#### • الخصائص النمائية والسلوكية للأطفال التوحديين:

لعل عرض الخصائص النمائية والسلوكية العامة للأطفال التوحديين يساعد في توضيح أساليب تعديل السلوك المستخدمة تقليدياً مع هؤلاء الأطفال ومبررات استخدامها:

##### أ. الكلام، واللغة، والتواصل:

إن إحدى أهم خصائص الأطفال التوحديين الملفتة للنظر هي عجزهم عن التواصل مع الآخرين. فحوالي 50% من هؤلاء الأطفال لا يتكلمون والنسبة الباقية لا تمتلك سوى قدرة محدودة جداً من حيث التعبير والاستيعاب اللغوي.

وعندما يكون الطفل قادراً على الكلام، فكلامه يكون غير مفهوم وتكراري. وذلك ما تطلق عليه الأدبيات المتخصصة اسم التردد الصوتي أو المصاادة .

ومثل هذه الظاهرة تعيق قدرة الطفل على التواصل والتعلم. ولما كانت العلاقة بين التردد الصوتي والكلام الطبيعي علاقة عكسية، فإن معظم الدراسات المتعلقة بتدريب المهارات اللغوية للأطفال التوحدين ركزت على إيقاف ظاهرة التردد والمصاداة. ولذلك فإن أحد الأهداف المهمة في تدريب معظم الأطفال التوحدين مساعدتهم على تطوير نظام تواصل لا يتضمن لغة معقدة بالضرورة بل قد يقتصر على استخدام كلمات مفردة أو لغة إشارة.

#### ب. المهارات الاجتماعية والسلوكية:

تمثل الصفة الأساسية الثانية للأطفال التوحدين في مظاهر العجز الشديد في نموه الاجتماعي والذي يظهر أساساً على شكل انسحاب عاطفي وعدم فهم قواعد التفاعل الاجتماعي. ويعتقد أن هذا العجز لا ينتج عن رغبة هؤلاء الأطفال بتجنب الآخرين أو عن عدم اكتراثهم بهم بقدر ما ينتج عن عدم استيعابهم لأصول التعامل الطبيعي مع الأشخاص الآخرين. كذلك فإن هؤلاء الأطفال يظهرون أشكالاً مختلفة من السلوكيات غير المناسبة مثل السلوك العدواني، وإيذاء الذات، ونوبات الغضب، والفوضى، الخ. ومن الواضح أن مثل هذه الاستجابات بحاجة إلى خفض وان الاستجابات التكيفية بالمقابل بحاجة إلى تدعيم وتطوير.

#### ج. السلوك النمطي:

أما الصفة الرئيسة الثالثة المميزة للأطفال التوحدين فهي نزعتهم لإظهار مستويات غير طبيعية من الارتباط بالأشياء والأحداث تعبر عن ذاتها بإصدار السلوك النمطي (أو ما يعرف أيضاً بالسلوك الطقوسي أو التوحدي أو سلوك إثارة الذات). كذلك فإن استجابات هؤلاء الأطفال تعبر عن شعورهم بعدم الطمأنينة إزاء التغيرات غير المتوقعة في البيئة من حولهم. وحتى طرق لعبهم تتصف بالرتابة، والنمطية وتعكس مدى محدوداً جداً من التخيل.

#### د. القصور العقلي:

خلاًفاً للاعتقاد الذي كان سائداً لعدة سنوات، فإن معظم الأطفال الذي يعانون من التوحد لديهم تخلف عقلي. ولعل تمتع هؤلاء الأطفال بمظهر جسمي طبيعي،

ومهارات حركية عادية، وبيعض المهارات المتطورة أحياناً هي التي أدت إلى شيوع ذلك الاعتقاد غير الصحيح .

ه. عدم تكافؤ النمو أو عدم ثباته:

كذلك فإن من خصائص الأطفال الذين يعانون من التوحد أن نموهم غير متكافئ بمعنى أنه قد يكون متطوراً في بعض المجالات وغير متطور في مجالات أخرى. ومن الخصائص الأخرى لنمو الأطفال عدم الثبات من وقت إلى آخر بمعنى أنهم يستجيبون في وقت ما ولا يستجيبون في أوقات أخرى .

و. الانتباه المفرط في انتقائيته:

ومن الخصائص الأساسية للأطفال التوحدين التي لها مضامين هامة عند تنفيذ برامج تعديل السلوك بل وعند تنفيذ البرامج التعليمية والتدريبية عموماً هي أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة كبيرة في الاستجابة للمثيرات المتعددة وذلك ما يسمى بالانتقائية المفرطة للمثيرات. وتزداد هذه الانتقائية بزيادة شدة التوحد. ولا تعني هذه الظاهرة أن الأطفال التوحدين يجرون عملية مسح للمثيرات ويتقنون الملائم منها، ولكنهم في حقيقة الأمر يستجيبون لبعض خصائص المثير والتي قد تكون غير مهمة وعديمة الصلة بالموقف. والمضامين التدريبية ذات العلاقة هنا واضحة وهي أن التدريب باستخدام مثيرات متعددة لن يكون مجدياً مع هؤلاء الأطفال. كذلك فإن التدريب الفعال هو الذي يوظف النموذج الحسي المفضل بالنسبة للطفل وليس التدريب بتوظيف مختلف الحواس.

وهكذا فإن استخدام أسلوب التلقين والحث والذي يتضمن توظيف مثيرات تمييزية إضافية لمساعدة الطفل على الاستجابة بشكل صحيح هو الآخر ليس مجدياً (الصمادي، 2007).

• اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

اضطراب يحدث في نمو القدرة على الإنتباه والنشاط. حيث يظهر هذا الإضطراب في مراحل عمرية مبكرة أي قبل سن 7 أو 8 سنوات. كما أن هذا الاضطراب يدوم طوال حياة الفرد. ولهذا الاضطراب علاقة بكل من المهارات الأكاديمية والاجتماعية، وكثيراً ما يكون مصحوباً باضطرابات أخرى (الزارع، 2007).

يعد انتشار (Prevalence) اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال. وقد أورد معهد الصحة العالمي (National Institute Health, 1998) تقريراً يفيد بوجود ما نسبته ما بين (3% إلى 5%) من طلاب المدارس مصابون بهذا الاضطراب. ومعدل انتشاره في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20%. ويورد ويندر (Wender, 2005) في الزارع (2007) أن نسبة هذه الحالة بين الذكور والإناث (6) للذكور مقابل (1) للإناث. وفي تفصيل يورده الزارع (2007) عن بعض الإحصائيات في الدول المختلفة لنسبة انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) كالتالي:

المملكة العربية السعودية: 13%.

جمهورية مصر العربية: 2,6%.

الولايات المتحدة الأمريكية: 5,6%.

كندا: 5,9% بنين 3,3% بنات.

المملكة المتحدة (بريطانيا): 1% من طلاب المدارس 2% بشكل عام. أما الصين: 7%.

#### 7. الإعاقات الجسمية والصحية (Physical and Health Impairments)

هي حالات ولادية أو عارضة (مكتسبة) تفرض قيوداً على استخدام الفرد جسمه للقيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وطبيعي. والإعاقة الجسمية والصحية ثلاث فئات رئيسة هي:

- الاضطرابات العصبية (مثل: الشلل الدماغي، والعمود الفقري المشقوق، وشلل الأطفال، والصرع).
- الاضطرابات العضلية /العظمية مثل: بتر الأطراف، وهشاشة العظام، و الخلل العضلي).
- والاضطرابات الصحية المزمنة (مثل: الهيموفيليا، وفقر الدم المنجلي، والتليف الحويصلي، والسرطان، والأيديز) (الخطيب، 1999).

### 8. التمييز والموهبة ( Giftedness and Talent )

يعرف مكتب التربية الأمريكية (1972) الموهبة والتمييز كما ورد في ( السرور، 2000 ) كالآتي: الأطفال الموهوبون والتميزون هم الذين يتم الكشف عنهم من قبل أشخاص مهنيين ومتخصصين، والذين تكون لديهم قدرات واضحة ومقدرة على الإنجاز المرتفع، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى برامج تربوية خاصة أو خدمات أكثر من تلك المقدمة للطلبة العاديين في برامج المدرسة العادية، من أجل تحقيق مساهماتهم لذواتهم وللمجتمع، والأطفال الذين لديهم قدرات إنجاز عالية يشملون الذين لديهم إنجاز حقيقي أو احتمالية للإنجاز في قدرة أو أكثر من عدة قدرات. وبالتالي فإن استخدام مفهوم التمييز يعني عن استخدام المفاهيم السابقة الذكر، منفصلة أو مجتمعة، ويعني من الوقوع في عملية الخلط بين المفاهيم. حيث أنهم يشتركون في ست خصائص هي: القدرة الفنية، القدرة الحركية، القدرة الإبداعية، القدرة القيادية، قدرات عقلية عامة، قدرات أكاديمية خاصة.

### الإعاقات الجسمية والصحية والأمراض المزمنة

#### ( Physical and Health Impairments )

مصطلح الإعاقات الجسمية والصحية مصطلح عام يشمل حالات عديدة ومتباينة لدرجة أنها قد تبدو غير مرتبطة ببعضها البعض إلا أنها تفرض قيودا وصعوبات على مستوى الحركة والتحمل الجسدي واستخدام الجسد لتأدية أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل .

وكما أشار وباتشو (2002) فهذا المصطلح هو الأكثر استخداما في الأدبيات التربوية رغم تداول مصطلحات أخرى عديدة منها: المقعدون، وذوو الإعاقات العظمية، وذوو الإعاقات الحركية، وذوو الاضطرابات العضوية، والعاجزون جسديا، وقد تكون الإعاقة الجسمية مرئية أو ظاهرة للعيان، وقد تكون غير مرئية أو غير ظاهرة للعيان. فالشلل الدماغي، والحناءات العمود الفقري، وشلل الأطفال حالات مرئية. في حين أن فقر الدم المنجلي و التلاسيميا حالات غير مرئية. وهذا التفرقة له مبرراته لأن الاتجاهات نحو الفرد الذي لديه حالة إعاقة مرئية غالبا ما تختلف عن الاتجاهات نحو الفرد الذي لديه حالة إعاقة غير مرئية.



ومع أن مصطلحي العجز والإعاقة يستخدمان بشكل متبادل إلا أن كثيرين يعتقدون بضرورة التمييز بينهما. فمصطلح العجز يشير إلى اضطراب أو ضعف جسمي أو عضوي قابل للقياس بموضوعية، ومن الأمثلة على العجز فقدان اليد أو شلل أحد الأطراف. أما مصطلح الإعاقة فهو يستخدم للإشارة إلى تأثيرات العجز على أداء الفرد في مواقف معينة. إنه مصطلح يعكس علاقة نفسية جسمية بالغة التعقيد وهو يشير عموماً إلى النتيجة التراكمية للقيود التي تفرضها الحالة على الفرد، فليس كل من يعاني العجز شخص معوق، فالشخص الذي بترت يده لديه عجز لكنه قد لا يكون معوقاً عن تأدية وظائف الحياة اليومية. والسبب أن هناك العديد من الأجهزة التعويضية الوظيفية من جهة وهناك إمكانية لإزالة الحواجز البيئية من جهة أخرى وبالتالي مساعدة الأشخاص العاجزين على تأدية الوظائف الحياتية اليومية (الخطيب وآخرون، 2007).

#### تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية:

وتصنف الإعاقات الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي:

- أ. الاضطرابات العصبية .
  - ب. الاضطرابات العضلية / العظمية .
  - ج. الاضطرابات الصحية المزمنة .
- وفيما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة.

#### أ. الاضطرابات العصبية: ( Neurological Impairments )

تنجم عن إصابات مختلفة في الجهاز العصبي المركزي ( الدماغ و النخاع الشوكي)، وقد تكون هذه الإصابات بسيطة أو شديدة، وقد تكون في مواقع محددة أو في مواقع واسعة في الجهاز العصبي. ولذلك فإن المظاهر الجسمية والسلوكية والنفسية للإصابات العصبية تختلف اختلافاً كبيراً من حالة إلى أخرى.

#### ومن الاضطرابات العصبية الشائعة:

1. الشلل الدماغي: إعاقة عصبية حركية تنجم عن تلف مراكز التحكم الحركي في الدماغ غالباً ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلي أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية .

2. الصلب المفتوح ( العمود الفقري المشقوق ): اضطراب وُلادي يظهر فيه كيس بارز في أسفل الظهر ويحتوي هذا الكيس في الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكي والسائل المخي - الشوكي .

3. الاستسقاء الدماغى: تجمع السائل المخي - الشوكي غير طبيعى في حجيرات الدماغ مما يؤدي إلى توسع الجمجمة وتلف الأنسجة الدماغية وبالتالي التخلف العقلي .

4. شلل الأطفال: عدوى فيروسية تؤدي إلى تلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي .

5. الصرع: اضطراب مفاجئ في النشاط الكهربائي للدماغ يؤدي إلى فقدان الوعي وتشنج أطراف الجسم والتوبات التشنجية .

#### ب. الاضطرابات العظمية - العظمية: ( Musculo - Skeletal Impairments )

إصابات في العضلات والعظام تؤثر على قدرة الفرد على الحركة والتنقل باستقلالية. وقد تكون هذه المشكلات خلقية أو مكتسبة (أمراضاً، أو إصابات، أو حروق، ... )، وغالباً ما تكون في اليدين أو الرجلين أو المفاصل أو العمود الفقري. ومن الاضطرابات العظمية الشائعة:

1. بتر الأطراف: عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون السبب وُلادياً ( الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية ) أو مكتسباً ( بسبب إصابة خطيرة أو كإجراء جراحي وقائي ) .

2. هشاشة العظام ( اللجنة السويسرية ): عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الإصابات البسيطة .

3. التهاب العظام: اضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الالتهابات والإصابات .

4. الخلل العضلي ( التضخم العضلي الكاذب ): اضطراب يتصف بالتدهور المضطرب في عضلات الجسم الإرادية حيث أنها تستبدل تدريجياً بمواد دهنية.

5. اضطراب ليج - بيرثز: تلف مركز النمو في الجزء العلوي من عظمة الفخذ ينتج عنه موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم.

6. التهاب المفاصل الروماتيزمي: مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحى وتيبس خاصة في الصباح .
7. التقوس المفصلي: إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة .
8. انحناءات العمود الفقري: وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحدب (انحناء العمود الفقري إلى الخلف) .

### ج. الاضطرابات الصحية المزمنة: ( Chronic Diseases )

الأمراض المزمنة عديدة ومتنوعة، ومن أهم المظاهر العامة المشتركة بينها حاجة الإنسان المصاب بها إلى رعاية صحية مستمرة .

#### ومن الأمراض المزمنة الشائعة:

1. الربو القصبي: رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات حمة في التنفس بسبب تضيق القصبيات الهوائية .
2. الهيموفيليا: اضطراب وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي يحدث فيه قابلية للتزيف ولو لأسباب بسيطة بسبب نقص عوامل تخثر الدم .
3. السكري: اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يعجز فيه البنكرياس عن إفراز كميات كافية من الأنسولين مما يحد من قدرة الجسم على الاستفادة من السكر والمواد الكربوهيدراتية.
4. فقر الدم المنجلي: اضطراب وراثي في كريات الدم الحمراء تصبح بسببه هذه الكريات منجلية الشكل مما يقود إلى صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية ونقص الأكسجين .
5. التليف الحويصلي: اضطراب وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس فيتم إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة .
6. الاضطرابات القلبية: اضطرابات ولادية أو مكتسبة من أكثرها شيوعاً تضيق الشريان الرئوي، وعيوب القلب الرباعية، وتضيق الأبهر، والقناة الشريانية المفتوحة، وتشوه الحاجز الأذيني والحاجز البطني (الخطيب والحديدي، 2004).

7. السرطان: ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر .

#### نسبة حدوث الإعاقات الجسمية والصحية

من الصعوبة بمكان تقديم معلومات دقيقة عن نسبة حدوث الإعاقات الجسمية والصحية فهذه الفئة تأخذ أنماطا فرعية متنوعة ( عصبية وعضلية وعظمية وصحية )، وكل نمط فرعي هو الآخر يشمل أنماطا شتى من حالات الاعتلال أو العجز أو الإعاقة. وترتبط صعوبة تقدير نسبة شيوع الإعاقات الجسمية والصحية بتنوع تعريفات هذه الإعاقات وطرق تقديم التقارير عنها فليس هناك تعريفات موحدة يتفق عليها الجميع. ومن جهة أخرى، فمعظم حالات الاعتلال أو العجز الجسيمي لا تشكل حالات إعاقة جسمية ( كما هو الحال بالنسبة للسكري، وبتطرف أو جزء منه، والسرطان بأنواعه المختلفة ) وغيرها من الحالات الكثيرة.

وهناك أيضا اختلاف في العينات التي يتم دراستها وفي أدوات جمع المعلومات والمراحل العمرية المستهدفة. وكل ذلك يجعل تحديد نسبة انتشار ( Prevalence ) أو نسبة حدوث ( Incidence ) الإعاقات الجسمية والصحية بدقة أمرا بالغا.

وبوجه عام، تعد الإعاقات الجسمية والصحية فئات الإعاقة قليلة الانتشار ( Low Prevalance Handicap ) لأن معدل حدوث الإعاقة الجسمية والصحية عموما أقل من معدل حدوث إعاقات أخرى ( مثل صعوبات التعلم والتخلف العقلي واضطرابات التواصل ). وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية التي تعتمد عليها معظم الدول الغربية (1٪) من مجمع الأفراد في المجتمع ممن هم في سن المدرسة ( Heward , 2002 ).

ولا تتوفر إحصاءات يمكن الوثوق بها حول نسبة انتشار هذه الفئة من فئات الإعاقة في المجتمعات الأخرى وبخاصة النامية منها. ولكن الافتراض المنطقي هو ان هذه النسبة في هذه المجتمعات أعلى بكثير من (1٪) لأسباب واضحة (مثل: عدم الوعي الصحي، والحروب، و سوء التغذية، وقصور الرعاية الصحية الأولية، وغيرها).

### التطور التاريخي لتربية ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:

عرفت الإعاقة الجسمية والصحية بأشكال مختلفة منذ أقدم العصور. ولم يكن الأفراد المعوقون جسدياً في المجتمعات القديمة مقبولين وكانوا يعتبرون عبئاً ثقيلاً ولهذا كان يتم التخلص منهم بأشكال متنوعة ويتعرضون لأنواع مختلفة من إساءة المعاملة والرفض. لكن ذلك لم يستمر حيث أخذت المجتمعات الإنسانية تتبنى اتجاهات مختلفة وأصبحت تقدم الرعاية والحماية لهؤلاء الأفراد .

وثمة عوامل متنوعة ومعقدة ارتبطت بهذا التباين في الاتجاهات من أهمها: الظروف الاقتصادية والبيئية، والقوانين والتشريعات، والمعتقدات، ومستوى التطور الطبي (Best, 2000).

ومع بداية القرن العشرين، أصبحت دول العالم تدرك أكثر فأكثر أن الخدمات الطبية التقليدية لم تكن كافية وتوجهت الأنظار شيئاً فشيئاً نحو برامج التأهيل التي كانت طبية في البداية وتوسعت لخدمة العسكريين فقط قبل أن تتسع دائرة الاهتمام لتشمل تأهيل المدنيين أيضاً. كذلك أصبح التأهيل أكثر شمولية حيث أصبحت برامجها تتضمن عناصر نفسية واجتماعية ومهنية. وأيضاً مع بداية القرن العشرين أصبح هناك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم كفاية وفاعلية أساليب العلاج الطبي التقليدية ولذلك انبثقت البرامج التدريبية والتربوية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان .

وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيلية لخدمة الأفراد المعاقين جسدياً الذي يمكنون لفترات طويلة في المستشفيات بسبب إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل وغيرهما.

وبعد ذلك، انبثق إحساس وازداد تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة إلى البرامج التربوية الخاصة. (Bigge & Sirvis, 1982).

وهكذا، كان الأشخاص ذوو الإعاقات الجسمية الشديدة يمكنون في المستشفيات أو البيوت. وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حيث بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين جسدياً في المدارس العادية. ومع

تفهم المجتمعات الإنسانية للحاجات التربوية الخاصة للأطفال المعاقين جسماً وصحياً تطور الاهتمام بتدريب المعلمين للعمل مع هذه الفئة من الأطفال.

وكانت نماذج التعليم متنوعة وتشمل التعليم في المنزل أو المستشفى أو الصفوف وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.

وكانت هذه المدارس ذات مداخل وأبواب وحمامات مكيفة لتسمح للطلاب بالتحرك والتنقل دون حواجز. وما زالت الصفوف الخاصة والمدارس الخاصة للمعاقين جسماً موجودة في كل دول العالم. إلا أن ثمة توجه يزداد قوة نحو دمج هؤلاء الطلاب في المدارس العادية. ويعكس هذا التوجه نجاح الضغوط التي مارسها الجماعات المدافعة عن حقوق الأفراد المعوقين التي أدت إلى تعديل الاتجاهات، وسن التشريعات، وتفعيل البرامج والخدمات.

وهكذا أصبح تعليم معظم هؤلاء الأفراد يتفد في المدارس العادية بعد أن كان مقتصرًا على أوضاع محدودة مثل الصفوف والمؤسسات الخاصة أو المستشفيات والبيوت (الخطيب، 1998).

#### اهم خصائص أطفال ذوي الإعاقات الصحية والجسمية:

تتميز فئة الإعاقات الجسمية والصحية بعدم التجانس، فهي تشمل حالات شديدة التباين لدرجة يشعر معها الفرد بأن الروابط بينها روابط غير وثيقة. ومن الصعوبة بمكان الاتفاق على مصطلح واحد للإشارة إلى جميع الإعاقات الجسمية والصحية، لأنها متنوعة من حيث طبيعتها وأسبابها ولأنها تترك تأثيرات جسمية ونفسية وتربوية واجتماعية ومهنية تتفاوت بشكل واسع.

وتتحدد تأثيرات الإعاقة الجسمية والصحية على الفرد في ضوء عدة متغيرات من أهمها: شدة الإعاقة، ومدى وضوحها، والعمر الزمني للفرد عند حدوثها. فبعض الإعاقات الجسمية والصحية قد تفرض قيوداً على الفرد وتحرمه من استكشاف البيئة والتفاعل مع الآخرين. ومن المعروف أن مثل هذه الخبرات ضرورية جداً للنمو العقلي والاجتماعي واللغوي. كذلك فعمر الفرد عند حدوث الإعاقة متغير هام.

فالشخص الذي ولد ولديه مرض معين يتعرض للمحرمان من خبرات يحتاج إليها. أما الشخص الذي تطور لديه المرض ذاته و لكن بعد فترة كان فيها غير مريض فهو سيشعر بالفقدان والخسارة ولكنه سيكون قد مر بخبرات كافية سابقا، وفيما يتعلق بوضوح الإعاقة، فقد يكون له تأثير كبير على مدى قبول الشخص لنفسه وقبول الآخرين له.

وبوجه عام، كلما كانت حالة الإعاقة مرئية أكثر، ازدادت احتمالات التعامل مع الشخص على أنه مختلف عن غيره. أما خصائص أطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية بصفة عامة فلها تأثير بداية على الأطفال جسدياً ومن ثم نفسياً ومن ثم اجتماعياً ومعرفياً (تربوياً).

وفيما يلي استعراض لخصائص أطفال مصابين بإصابات مختلفة:

1. الشلل الدماغي: وهو أحد الاضطرابات العصبية بأنواعه المختلفة تبعاً للأطراف المصابة (الرباعي، والنصفي، والسفلي)، وتبعاً لطبيعة الضعف العضلي (التشنجي، والالتوائي، والتخلجي، والارتعاشي، والتيبسي، والمختلط). وقد يصاحب الشلل الدماغي بعض الإعاقات المصاحبة مثل التخلف العقلي (50-70٪ من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم تخلف عقلي)، والمشكلات الكلامية واللغوية (50٪ منهم لديه اضطرابات تواصل)، والإعاقات الحسية: السمعية (15-25٪)، والبصرية (50٪)، والنوبات الصرعية. وقد يصاحبه بعض الاضطرابات القمية-السنية.

2. الصرع: وهو أيضاً أحد الاضطرابات العصبية (النوبة الصرعية الكبرى، الصغرى، النفسية الحركية).

في الأمثلة السابقة تبدأ الإصابات جسدياً أي كمشكلة طبية وتنتهي كمشكلة اجتماعية، وما يعنيه ذلك هو أن الاتجاهات السلبية مثلًا نحو الصرع أو الشلل الدماغي ونحو الفرد المصاب به غالباً ما تكون أشد إعاقة للفرد من النوبة ذاتها.

ولذلك فلا غرابة في أن يحدث الصرع أزمة حقيقية لدى الفرد وأسرته. إلا أنه ليس من السهل التحدث عن أنماط محددة من السلوكيات غير التكيفية أو المشكلات

النفسية لدى الأفراد المصابين بالصرع، ذلك أنهم يشكلون فئة غير متجانسة إلى أبعد حدود. فقد تكون الصعوبات النفسية لدى البعض بسيطة، و قد تتولد لدى البعض الآخر اتجاهات مدمرة لتصبح إعاقة حقيقية. ويمكن القول أن نسبة كبيرة من الأفراد المصابين بالصرع لا يعانون من مشكلات سلوكية ذات أهمية. أما أولئك الذين لديهم نوبات شديدة متكررة وغير قابلة للمعالجة بالأدوية، فهم يواجهون صعوبات كبيرة، وقد تتطور لديهم اضطرابات شديدة نتيجة عدم الشعور بالأمن الناتج عن الخوف المتواصل من أن تحدث النوبة في أي مكان وفي أي زمان، أو عدم القدرة على مواجهة رفض الآخرين واتجاهاتهم السلبية والإخفاق في تطوير استراتيجيات التعايش، والإخفاق في تطوير الكفاية الاجتماعية والشخصية وذلك بسبب الحرمان من الخبرات الاجتماعية والتعليمية الطبيعية.

ووجد أن هذه الفئة من التلاميذ تواجه مشكلات تربوية مختلفة، وتعاني من صعوبات انفعالية وسلوكية متنوعة تسترعي التدخل العلاجي.

إن نوبة الصرع بحد ذاتها لا تؤثر في القدرات العقلية العامة للفرد، وإذا لم يكن لدى الفرد المصاب تلف دماغي فهو في العادة لا يعاني من ضعف عقلي ذي أهمية، إلا أن عوامل عديدة غير التلف الدماغي قد تحد من قدرة الطالب المصاب بالصرع على التعلم وتجعل أداءه الأكاديمي ضعيفا. ومن هذه العوامل الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المضادة للنوبة، وحدوث النوبات بشكل متكرر، والمشكلات النفسية والاجتماعية. والصرع قد تصاحبه نشاطات زائدة بسبب العقاقير أو بسبب التلف الدماغي، وهو أيضا قد يحدث آثارا بالغة في مفهوم الذات، وصعوبات في الانتباه والتركيز، والقلق والاكتئاب، وضعفا في مهارات التآزر الحركي، ومشكلات في القراءة، وضعفا في المهارات الحسابية، ومشكلات سمعية وبصرية. وذلك كله بلا شك، سينعكس سلبا على تحصيل الطالب وعلى دافعيته للتعلم ( الخطيب، 1998 ).

3. الجنف: ويحدث فيه ميلان جانبي في العمود الفقري ( وظيفي أو بنيوي ).

وهذه الأمثلة على الاضطرابات العظمية والعضلية .



قد يمكث الأطفال المصابون بالجنف فترات طويلة في المستشفى، وبالتالي يغيبون كثيرا عن المدرسة، وما يترتب عن ذلك من مشكلات، وأيضا يبتعد الطفل عن أسرته وزملائه مما يحدث لديه وضعفا نفسيا واجتماعيا صعبا يحتاج ذلك كله للتدخل.

أما الطالب الذي يعاني من الروماتيزم فيحتاج إلى تنظيم أنشطته البدنية غير اللازمة وخاصة صعود الدرج مرات متتالية وغير ذلك من الأنشطة المتعبة، وقد يحتاج إلى وقت إضافي للنهوض والتنقل من مكان إلى آخر، ويجب أن يسمح له بالحركة أثناء الحصة. ومن الناحية النفسية، فثمة خصائص وأنماط شخصية غالبا ما تظهر لدى الطلاب الذين يعانون من الروماتيزم منها: الغضب والاكتئاب وتغير المزاج. إن المرض بما يترتب عليه من الآلام قد يبعث في نفس الفرد المصاب خيبة الأمل والغضب من الأطباء والأهل الذين يعجزون عن المساعدة، كذلك فإن المرض بطبيعته قد يعلم الفرد السلبية وقلة النشاط والتواصل مع الآخرين.

أما الأطفال المصابون بهشاشة العظام فلديهم قدرات عقلية عادية. كذلك فإن لدى هؤلاء الأطفال سلوكا لفظيا نشطا وسرعة في التعلم. ولأن هذا المرض عبارة عن خلل في العظام فإن عظيمات الأذن الوسطى قد تتلف ويعاني الطفل من فقدان سمعي، أو قد تكون لديه مشكلات في البصر، وما يترتب عن ذلك كله من مشكلات وسلوكيات.

وكذلك الحال بالنسبة للأطفال الذين لديهم بتر ولادي أو مكتسب فلديهم قدرات عقلية مثل الأفراد الآخرين، ولكن البتر قد يؤثر على التوافق النفسي للفرد. والبتر فوق المرفق أكبر أثرا من البتر دونه، وإذا كان البتر في طرفين سواء اليدين أو الرجلين أو الاثنين كان الوضع أصعب. ولا يمكن التعويض في حالات البتر إلا جزئيا عن طريق الأطراف الصناعية ( الخطيب، 1998 ).

4. سكرو الأحداث: وهو أحد أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعا لدى الأطفال ( نسبة الإصابة 0.001 ). وهو مرض وراثي غير معروف آلية انتقاله .

5. التلاسيميا: أحد أكثر أمراض الدم شيوعاً وهو من الأمراض المنتشرة كثيراً في الشرق الأوسط. ويوجه عام ، ما يحدث في هذا المرض هو فقر الدم بسبب عجز كريات الدم الحمراء. وهو ينتقل فقط من خلال الوراثة .

6. الهيموفيليا: مرض النزيف الدموي وهو مرض وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي حيث يصيب الذكور .

وهذه الأمثلة على الأمراض المزمنة .

على الرغم من عدم وجود مشكلات نفسية محددة لدى الأطفال المصابين بالسكري، فإن طبيعة هذا المرض قد تعود إلى ردود فعل نفسية. وتشمل ردود الفعل هذه تلك التي يظهرها الأطفال ذوو الأمراض المزمنة بوجه عام وبعض ردود الفعل الخاصة .

ومن الصعوبات التي يواجهها أطفال كثيرون نكران المرض. فهؤلاء الأطفال قد يسلكون على نحو يعبر عن عدم الاكتراث بالمخاطر الحقيقية لمرضهم، ومن الصعوبات النفسية التقليدية لدى هؤلاء الأطفال الاعتمادية، فالسكري يفرض قيوداً مستمرة على الفرد سواء ما يتعلق بالطعام أو العلاج وذلك يطور شعوراً بالمرض، ويقود إلى تمثل دور الشخص المريض الذي يحتاج لمساعدة الآخرين بشكل مفرط. وبناء على ذلك، فقد يبحث الطفل عن الكسب الثانوي من المرض فيتجنب عمل ما يستطيع عمله أو يتطلب ما ليس بحاجة إليه. وقد يصبح الطفل مذعناً ويلوم الآخرين على مرضه أو يتصرف بعدوانية وقسوة. وتشير بعض المراجع إلى أن هؤلاء الأطفال قد يصبحون انسحابيين ومكتئبين.

قد يترك السكري تأثيرات سلبية على الأداء الأكاديمي لأنه قد يشكل تحدياً للتكيف النفسي الاجتماعي للفرد. وقد يوفر للطلاب امتيازات خاصة وحماية زائدة وذلك من شأنه أن يحد من اكتساب المهارات اللازمة للاستقلالية ويطور الأدوار السلبية بدلاً من الأدوار النشطة. وهناك عامل آخر قد يعمل بمثابة عائق للتحصيل الأكاديمي للطلاب الذين يعانون من السكري أو من الأمراض المزمنة الأخرى هو التغيب عن المدرسة. فالأطفال المصابون بالسكري قد يتغيبون عن المدرسة بشكل ملحوظ وذلك قد يترك تأثيرات كبيرة على نموهم الأكاديمي والاجتماعي.

وفيما يتعلق بالقدرات العقلية العامة ، فلا يتوقع أن يترك السكري أي تأثيرات عليها ما لم يكن السكري قد ظهر مبكراً في حياة الطفل وما لم يكن قد حدث لدى الطفل المصاب ردود فعل للأنسولين ( صدمة الأنسولين ) بشكل متكرر . أما بالنسبة لانخفاض مستوى السكر في الدم، فهو قد يؤدي إلى ضعف عصبي نفسي في حالة حدوثه بشكل متكرر، ومثل هذا الضعف قد يكون له تأثيرات على الذكاء وعلى التحصيل الأكاديمي ( Garner, 1981 ) .

ويحتاج طفل التلاسيميا إلى تغيير الدم بشكل متكرر وقد يصبح الجسم هزيلًا مع الزمن، وتكثر لديه الالتهابات، وقد يتأخر نموه الجسمي. وما يتبع ذلك من مشكلات نفسية واجتماعية وغياب متكرر عن المدرسة وفقدان التركيز .

وكذلك طفل الهيموفيليا يحتاج إلى نقل دم بشكل متكرر، حيث تفرض الهيموفيليا قيوداً على الطفل المصاب قد تؤدي إلى صعوبات نفسية وتربوية متنوعة. فالغيابات المتكررة عن المدرسة بسبب الأوضاع والحاجات الخاصة تحدث صعوبات كبيرة وتترك تأثيرات شديدة على الأداء الأكاديمي، ومع ذلك، فليس من الحكمة أبداً حرمان الطفل المصاب من فرص النمو الشخصي والاجتماعي، ولكن دون تعريضه للمخاطر. فالمعلمون وأولياء الأمور بحاجة إلى معرفة الأنشطة الخطرة وذلك بالتشاور مع الطبيب. وغالباً ما يمنع هؤلاء الأطفال من ممارسة الأنشطة الرياضية التي قد يتعرضون فيها لإصابات جسيمة مباشرة (الخطيب، 1998).

بالإضافة لمرض السرطان الذي هو موضوع هذا الكتاب .

#### تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:

كان القياس النفسي والتربوي وما يزال شرطاً أساسياً لتقديم الخدمات للأفراد ذوي الحاجات الخاصة بمن فيهم ذوي الإعاقات الجسمية والصحية. وللقياس فوائد عديدة ، إلا أنه كثيراً ما يساء استخدامه. ومن الأشكال الرئيسة لإساءة الاستخدام التركيز على استخدامه لتصنيف الأفراد وإطلاق مسميات عليهم ، وعدم تطبيق أدوات مناسبة ، وعدم ربط نتائجهم بتصميم البرامج. (Haslam & Vallettutti, 2004).

وقد دفعت هذه الممارسات بالكثيرين إلى التشكيك في جدوى القياس النفسي بالنسبة للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. فهي، كما يرون، ترسم صورة للفرد من خلال المشكلات الموجودة لديه، وتتجاهل جوانب القوة في أدائه. إضافة إلى ما سبق، ثمة تحفظات خاصة حول التقييم النفسي التربوي للأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية من أهمها:

- أ. لقد تم تطوير الاختبارات النفسية والتربوية والتقليدية عموماً دون مراعاة الصعوبات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية .
  - ب. يتمتع عدد قليل من المتخصصين النفسيين ( في الدول العربية تحديداً ) بخبرة كافية في مجال الإعاقات الجسمية .
  - ج. تم ندرة الاختبارات النفسية والتربوية المناسبة للاستخدام مع الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية من فائدة التقييم .
  - د. ونتيجة لذلك كله، تخضع نسبة كبيرة من الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية لعمليات تقييم نفسي وتربوي سطحية وغير صادقة .
- ولأن الإعاقات غالباً ما تحد من فرص الاستكشاف والتنقل والتعرف وغالباً ما تحرم الفرد من التفاعل مع الأقران والعمل باستقلالية، ثمة مخاطر واضحة في مقارنة أداء الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية بأداء الأفراد غير المعوقين. فقد يحصل الفرد المعوق على درجات منخفضة عندما يتم تقييم قدراته بتطبيق الاختبارات التقليدية ( التي تم تطويرها على مجموعات من الأفراد غير المعوقين ) لاختلاف خبراته وليس بسبب ضعفه وتدني قدراته.

كذلك فمن الأهمية بمكان أن تتناسب الاختبارات التي يتم استخدامها مع الحالة الجسمية للفرد. فإذا كان الفرد لا يستطيع التواصل لفظياً مع الآخرين فمن غير المناسب استخدام اختبار لفظي لتقييم قدراته بل يجب تطبيق اختبار أدائي في هذه الحالة. وبالمثل، فمن الخطأ استخدام اختبار أدائي لتقييم أداء فرد يعاني من اضطرابات حركية شديدة لذلك ينبغي على الأخصائي النفسي أن يتعرف على المفحوص وعلى طرق اكتسابه للمعلومات وتعبيره عنها قبل تطبيق أي اختبار رسمي لتقييمه. إضافة إلى ما سبق، يجب على الأخصائي النفسي أن يعرف العقاقير الطبية

التي يتناولها الفرد بسبب وضعه الخاص فلعن تلك العقاقير ترك تأثيرات جانبية معينة على سلوكه. فبعض العقاقير لها تأثيرات كبيرة على الأداء ولذلك فهي قد تؤثر على الدرجات التي يحصل عليها الفرد ( Van Hasselt et al. , 1988 ).

**البدائل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:**

من الطبيعي أن تتباين البدائل التعليمية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية بشكل واسع لأن هذه الإعاقات لها تأثيرات متفاوتة على النمو والتعلم. فالوضع الذي يجب تعليم الطفل فيه يجب أن يراعي فئة إعاقة الطالب وشدتها وحاجاته الخاصة ( Davies & Hill , 1998 ).

وبوجه عام فإن البدائل التربوية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية قد تشمل:

#### 1. مراكز الإقامة الكاملة Residential School:

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة التي كانت ومازالت تقدم الخدمات الايوائية والصحية والاجتماعية والتربوية للأفراد المعاقين، وكان يسمح للأهالي بزيارة أبنائهم في هذه المراكز. لكن وجهت هذه المراكز مجموعة من الانتقادات تنهم فيها هذه المراكز بعزل هؤلاء الأطفال عن المجتمع الخارجي وما يحتويه من حياة طبيعية، كما وصف أفراد هذه الفئات بأنهم منبوذون عن المجتمع.

#### 2. مراكز التربية الخاصة النهارية Special Day Care School:

ظهرت هذه المراكز كرد فعل على ما تقدم من انتقادات لمراكز الإقامة الكاملة، والكثير من هذه المراكز يكون عملها إلى منتصف النهار تقريباً، وفي هذه الفترة يتلقى الأفراد المعاقين خدمات تربوية واجتماعية. وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم، وهي تحافظ على بقاء الفرد المعاق في أسرته وفي الجو الطبيعي له.

ووجهت لهذه المراكز أيضاً بعض الانتقادات أهمها: عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائين في ميادين التربية الخاصة المختلفة.

### 3. الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية:

#### Special classes within Regular Schools

ظهرت هذه الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين في المدرسة العادية والتي لا يتجاوز عدد الطلبة فيها العشرة. ويتلقى هؤلاء الطلبة برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، ولهم أيضاً برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين. والهدف من هذا البرنامج زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين هؤلاء الأفراد (الطلبة المعاقين والعاديين). وهذه الصفوف تعرضت أيضاً لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية، وكيفية تحديد المواد المشتركة بين المعاقين والعاديين.

#### 4. الدمج الأكاديمي Mainstreaming:

ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية، وللانتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي. ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك. شريطة تهئية الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه.

ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي:

- أ. التجانس بين الطلاب العاديين والمعاقين.
  - ب. تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.
  - ج. تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة.
- ويعتبر الدمج من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة.

### 5. الدمج الاجتماعي Normalization:

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع. ويتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع. كذلك دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها على أساس حكم الجيرة وما تتطلبه من مستلزمات (بحيي، 2006; Smith, 2007; Heward, 2006).

### 6. التعليم في المنزل Home-Based Education:

إذا كانت إعاقة الطفل شديدة إلى درجة يصبح معها التحاقه في المدرسة أمراً مستحيلًا لفترة زمنية طويلة فالبديل قد يكون تقديم البرنامج التعليمي له في المنزل وبعد أن يطرأ تحسن كاف في وضع الطفل فهو يستطيع الالتحاق بالمدرسة . والمعلم العادي هو من توكل إليه مسؤولية تنفيذ البرنامج التعليمي في المنزل إلا إذا كان لدى الطفل مشكلات تعليمية، فعندئذ يتعاون معلم التربية الخاصة مع المعلم العادي في تنفيذ البرنامج. ويتراوح العبء التدريسي للمعلم بين (6-10) طلاب .

### 7. التعليم في المستشفى Hospital-Based Education :

إن هذا البديل يعمل على تلقي الطفل للتعليم في المستشفى عندما تقتضي حالته الصحية ذلك. ويكون التعليم في هذه الحالة جزءاً من العملية العلاجية طويلة المدى والتي تتطلبها بعض الأمراض المزمنة. ويمكن تنفيذ التعليم من هذا النوع في غرفة صفية خاصة في المستشفى أو في السرير إذا كانت حالة الطفل تمنع من الحركة. ويمكن أن يكون هذا التعلم فدياً أو في مجموعات صغيرة . (Umbriet, 1993).

ويتم تحديد البديل التربوي الأكثر ملاءمة للطالب في ضوء جملة معقدة من المتغيرات والعوامل المرتبطة بالطالب نفسه والإمكانات المتوفرة محلياً.

والمبدأ العام هو أن يكون هذا البديل الأقرب إلى البيئة التربوية العادية. فليس مقبولاً أن يتم عزل الطالب المعوق جسمياً عن الطلاب الآخرين دون مبرر قوي (Haslam & Vallettutti , 2004).





## السرطان

مفهوم مرض السرطان

اسباب مرض السرطان

معدل ظهور السرطان والسرطان في الأردن

أهم أنواع السرطان لدى الأطفال

تطور وتحديد مرحلة مرض السرطان

أعراض مرض السرطان

علاج مرض السرطان

توقعات الشفاء من المرض



## الفصل الثاني

### السرطان

#### مفهوم مرض السرطان

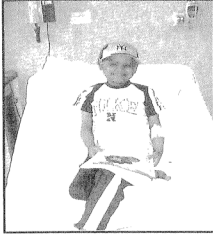
السرطان هو: مرض يتصف أساساً بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة (Cooper, 2002).

وينتج السرطان من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية. وتكوين السرطان يتم بالتدريج وأثناء هذا الوقت تصبح الخلايا أكثر شذوذاً من الخلايا السليمة، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة. (شليبي، 2004).

وهو ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر. هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محلياً و تغزو و تدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أماكن أخرى من الجسم و تؤسس بؤراً جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المنتقلة. هذه البؤر السرطانية المنتقلة بدورها تدمر الأعضاء الجديدة (حسن، 1987).



أو هو مجموعة متشابهة من الأمراض و ليس مرضاً واحداً. السرطان يبدأ في الخلايا، والخلية هي وحدة الحياة الأساسية في جسم الكائن الحي. ويتكون الجسم من عدة أنواع من الخلايا، وفي الوضع الطبيعي فإن الخلايا تنمو وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة فقط عندما يحتاج الجسم لذلك. وهذه العملية المتتابعة تساعد على بقاء الجسم في صحة جيدة، ولكن أحياناً تواصل بعض الخلايا عملية الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة. هذه الخلايا الإضافية تشكل كتلة من الأنسجة يطلق عليها اسم الورم، و الأورام بدورها تكون إما حميدة أو خبيثة (مركز الحسين للسرطان، 2005).



(●) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان

### أسباب مرض السرطان

هناك مجموعة من العوامل المسببة للمرض ولا زال البحث مستمراً عالمياً. دور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يختلف عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر. والسرطان هو مرض أو هو مظهر باثولوجي خاص لمرض في أجهزة جسم الإنسان.

هناك دراسة حول دور المورثات ( Genes ) في التسبب بالسرطان كشفت أن المورثات فشلت في تفسير كيف ولماذا تحولت ( Mutated ) الخلايا وأنشأت التحول المستقل الذاتي ( Autonomy ) أو النمو المطرد للخلايا المتعدرة ضبطه حتى ولدت السرطان. أيضاً نظرية المورثات عجزت عن تفسير كيفية تغير معدل الإصابات بين المهاجرين من بلد لآخر أو تفسير غياب سرطان عنق الرحم عند الراهبات أو أفول بعض السرطانات في بعض البلدان، أو التغير الذاتي من ورم خبيث إلى ورم سليم.

هناك نظرية الانتان البؤري (Focal infection) كمسبب للسرطان، وجميع الأمراض الالتهابية يمكن أن تفسر جميع الأسئلة المذكورة وجميع ما لم يسأل. الانتان البؤري عملية قلوب (Reversible) يمكن تعديله بتغيير الغذاء أو بعلاجه علاجاً معوياً أو علاجاً عاماً. إن شفاء البؤرة المسببة لورم خبيث إما أن يشفي هذا الورم وإما أن يحوله إلى ورم حميد. و أقل ما يمكن أن يفعله هو أن يخفف تقدمه و يؤخر الموت - بإذن الله - إذا ما كان العلاج بعد فوات الأوان.

وبعض النظر إذا كان السرطان ولادياً أو مكتسباً لا فرق فهو دائماً مسبب أو مرتبط وراثياً ببؤرة انتانية خاصة موجودة لدى الأبوين. إن قابلية العطب (Vulnerability) لذلك العضو تسمى استعداد أو قابلية العضو (Predisposition). إنه استعداد للمرض أي مرض بما فيه السرطان. إذا وجدت بؤرة الانتان الحادة لدى كلا الأبوين خاصة عند الأم فإن تأثيرها يمكن أن يحدث قبل الولادة مولداً حسب مكان بؤرة الالتهاب وما يحمله الجنين من استعداد وراثي للأمراض الخلقية مثل الساد العيني، الشفة المشقوقة، التصاق الأصابع، الإعاقة العقلية، السرطان الولادي. لذلك فإن السرطان أو أي مرض آخر قبل الولادة أو بعدها يقرره وجود بؤرة الانتان لدى الأبوين ودرجة تقدم هذا الانتان خاصة لدى الأم. إن احتمال حدوث المرض أو السرطان قبل أو بعد الولادة يمكن تعديله بواسطة غذاء أحسن وأكثر توازناً (حسن، 1987).

ولم يتم التوصل إلى الأسباب المحددة للمرض، ولكن من الواضح مثلاً أن السرطان ليس نتيجة التعرض لإصابة: صدمة أو مرض مثلاً، كما أنه لا ينتقل من شخص لآخر كما تنتقل الأمراض المعدية (مركز الأمل للشفاء، 1999).

وتلعب بعض الظروف دوراً كمسبب للسرطان مثل: التدخين بشكل متكرر، الإفراط في تناول الكحول، واللذان يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بسرطان الفم والحلق والمريء والكبد (الباز، 2000).

ومن العوامل الأخرى سوء التغذية، فقد وجد العلماء أن هنالك ارتباطاً وثيقاً بين الغذاء الغني بالدهنيات والإصابة بسرطان القولون والشدي والرحم والبروستات،

كما ثبت أن زيادة الوزن قد تساعد في ظهور بعض سرطانات الكلية وسرطان المثانة (الباز، 2000).

ومن العوامل التي قد تسبب الإصابة بالسرطان: التعرض للكيمويات المستخدمة في الصناعة، فبعض الكيمويات قد تتفاعل مع مواد وعوامل أخرى موجودة في مكان العمل لتشكل عاملاً رئيساً مسبباً للسرطان فمثلاً التعرض للبنزين المستعمل في صناعة الإطارات قد يسبب الإصابة باللويميا، كما أن التعرض الدائم لأشعة الشمس وجرعات كبيرة من الأشعة قد يسببان الإصابة بالسرطان، وكذلك التعرض لأشعة اكس ( X- RAY ) بكثرة ولمدد طويلة يمكن أن يسبب سرطان الجلد والدم ( اللوكيميا ) للذين لا يأخذون الاحتياط الكافي عندما يتعاملون بها (الباز، 2000).

وأخيراً القلق والضغوط النفسية والاجتماعية التي تتسم بها المجتمعات الإنسانية كافة في الوقت الحاضر قد تؤدي إلى الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض المزمنة ومنها السرطان ( صالح ورمضان، 1999 ).

ويؤكد ( مدانات، 2005 ) أن معظم أسباب الإصابة عند الفئات العمرية التي هي أقل من ( 18 ) سنة ناجم عن تغير عشوائي على مستوى الجينات عند الأطفال، مستبعداً العوامل البيئية والأنماط الغذائية في إصابة الأطفال بالأمراض السرطانية، وأن هذه العوامل دورها محدود، مشيراً إلى أنه يمكن أن يتكون عند الجنين مرض السرطان حسب المعطيات الطبية.

#### معدل ظهور السرطان والسرطان في الأردن

تم تقدير أن واحداً من كل ثلاثة من الأمريكيين سوف يصاب بالسرطان خلال فترة الحياة. وبالرغم من الأبحاث الجاهدة والتقدم الكبير في طرق العلاج، فإن السرطان يتسبب في 22٪ من حالات الموت في أمريكا. وبذلك يحتل السرطان المركز الثاني بعد أمراض القلب التي تسبب في حوالي 35٪ من حالات الموت في أمريكا. وبالنسبة لأسباب الموت الأخرى مثل الحوادث والقتل وغيره. فإن كلا منها يسبب 5٪ من حالات الموت في الولايات المتحدة. هذا ويتم تشخيص حوالي مليون حالة من

حالات السرطان كل عام في أمريكا وحدها. وحوالي نصف مليون أمريكي يموتون سنويا نتيجة لإصابة بهذا المرض. بالإضافة إلى ذلك فإن طفلاً من كل 330 طفل في أمريكا معرض للإصابة بالسرطان (McDougal, 1997).

#### السرطان واللوكميميا (سرطان الطفولة) في الأردن:

يعتبر مرض السرطان من أكثر الأمراض خطورة في العالم، حيث يلقي بظلاله على حياة نحو مليون ونصف المليون شخص. وفي الأردن هو من الأمراض الأكثر انتشاراً وخاصة بين النساء، مقارنة مع باقي دول العالم. فالإحصائيات والمعطيات الرسمية تبين أن مركز الحسين للسرطان مثلاً يشهد سنوياً حالات من المرضى تقدر بالآلاف. وبحسب السجل الوطني للسرطان التابع لوزارة الصحة الأردنية فإن المرض يعد ثاني أكبر مسبب للوفاة في الأردن بعد أمراض القلب، ويسجل سنوياً زهاء 4000 حالة.

ولتلك حالات الإصابة بالمرض قابلة للوقاية، حسبما يوضح الأخصائيون، بينما الثلث الآخر قابل للعلاج، والثلث الأخير حالات غير قابلة للشفاء. ويكشف السجل الوطني للسرطان أن المرض يُفتك بأجساد 3740 مواطناً يعيش معظمهم في عمان، موضحاً أنه رصد خلال العام الماضي 150 إصابة بسرطان جديدة، وكان سرطان الثدي بين الإناث أكثرها، ثم يليه القولون بين الذكور، والدم بين الأطفال. وأن الإصابات الجديدة ضمن المعدلات الطبيعية، وأن عدد حالات الإصابة بالسرطان بين الأردنيين ارتفع بمعدل 150 حالة خلال العام 2007 مقارنة مع 2004 الذي رصد 113 إصابة جديدة، فأصبح مجموع الإصابات المسجلة خلاله 3590 حالة.

ويعد التقرير مرة كل ثلاثة أعوام، وفيه أن سرطان القولون والمستقيم يحتل المركز الأول من حيث الشيع بين الذكور بنسبة 12٪، يليه سرطان الرئة 10٪ والمثانة 9٪، والبروستات 9٪، والدم 8 ٪. وتظهر المؤشرات الأولية للتقرير، أن إجمالي حالات الإصابة بالسرطان المسجلة في المملكة خلال العام 2007 لمختلف الجنسيات بلغ حوالي 3740 حالة، يشكل الأردنيون منها ما نسبته 85٪. وحافظت معدلات الإصابة في مختلف محافظات المملكة على معدلاتها السنوية، حيث أن عمان مازالت

تحتل المرتبة الأولى، أي ما نسبته 66% من الحالات المسجلة، تلتها محافظات إربد ثم الزرقاء، في حين ما يزال سرطان الثدي يتصدر الإصابات بين الإناث والقولون بين الذكور (السجل الوطني للسرطان، 2007).

وكذلك يشير السجل الوطني للسرطان (2004) في الأردن إلى أن مجموع الحالات المسجلة عام 2004 هو (4333) إصابة من مختلف أنواع السرطانات بين الأردنيين وغير الأردنيين هناك (3591) حالة بين الأردنيين من الجنسين الذكور والإناث ومختلف الفئات العمرية بنسبة (82%) وغير الأردنيين (742) حالة بما نسبته (17.1%) من مجموع الحالات. ومعدل الإصابة بين الذكور (49.1%) مقارنة بالإناث (50.9%).

واحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى من بين السرطانات الخمس الأكثر شيوعاً بين الجنسين بنسبة (18.2%)، يليها سرطان القولون والمستقيم (10.6%)، أما سرطانات الدم (8.9%)، والسرطان الليمفاوي (5.7%)، وسرطان الرئة (5.5%).

كما احتل سرطان القولون والمستقيم أعلى نسبة بين السرطانات التي تصيب الذكور بنسبة (12.4%)، يليه سرطان الدم (9.8%)، وسرطان الرئة (9.4%)، وسرطان البروستاتا (8.3%)، وسرطان المثانة (8.3%) من مجموع سرطانات الذكور.

وترجع أسباب رصد هذه الزيادة إلى الحملات التوعوية على مدار العام للبرنامج الوطني للكشف المبكر وتفعيل محاور الخطة الوطنية لمكافحة السرطان التي تبنت العمل ضمن المحاور الثلاث (الوقائي، والكشف المبكر، والمسوحات الوبائية). وكانت أكثر الحالات المسجلة في عمان (62%)، ثم إربد (16%)، ثم الزرقاء (6.6%)، ...

أما عدد حالات الأطفال المصابين فقد كانت (175) حالة، من بينها (104) حالات ذكور و (71) حالة إناث، أي ما نسبته (4.9%) من إجمالي أعداد الحالات المصابة المسجلة.

وتنوعت حالات الأطفال المصابين بين سرطان الدم (32.6%)، وسرطان الدماغ والأعصاب (19.4%)، والسرطانات الليمفاوية (12%)، وسرطان العظام (7.4%)، والسرطان الكلوي (4%) من مجمع سرطانات الأطفال من كلا الجنسين.



وبين التقرير أن نسبة المدخنين بين المصابين بسرطان الرئة ارتفعت من (78٪) في العام 2002 إلى (90٪) في العام 2004 رغم حملات التوعية والتثقيف (السجل الوطني للسرطان، 2004).

ويشير السجل الوطني للسرطان (2002) في الأردن إلى أن عدد الإصابات المسجلة عام 2002 هو (4187) إصابة من مختلف أنواع السرطانات بين الأردنيين وغير الأردنيين هناك (3430) إصابة بين الأردنيين من الجنسين الذكور والإناث ومختلف الفئات العمرية، ومعدل الإصابة بين الذكور 51.3٪ مقارنة بالإناث 48٪، وكان سرطان القولون هو الأكثر انتشاراً بين الذكور، أما الإناث فكان سرطان الثدي.

ومعدل الحدوث السنوي للسرطان في الأردن =  $100000 / 70$  ووصل عدد الحالات المسجلة من عام 1996 إلى 2002 تقريباً = 23300 حالة. أما فيما يتعلق بالفئة العمرية دون (15) سنة فكان عدد المصابين عام 2002 هو (202) طفلاً، بمعدل حدوث سنوي =  $100000 / 12$ . أما ما دون 18 سنة فكان (350) حالة، كانت نسبة اللوكيميا (سرطان الطفولة) في المرتبة الأولى (36.6٪)، ثم سرطان الدماغ (15.3٪)، ثم الليمفوما (4.12٪) (عدد الأطفال الذكور المصابين بالمرض أعلى من الإناث، 87:115). وكانت أكثر الإصابات المسجلة في عمان (104) إصابات، ثم إربد (32) إصابة، ثم الزرقاء (30) إصابة، ...

وكان معدل الوفيات المقدر بالسرطان في الأردن (41.5٪) من مجموع الإصابات على مدى السنوات السبع التي تم رصدها من خلال وحدة السجل.

ويقوم السجل بتسجيل الإصابة بعد رصدها لمدة سنتين للتأكد من الإصابة فعلياً من أنها المرض الحقيقي، وذلك حسب المعايير والأنظمة العالمية، وعملية التبليغ تتم من خلال كافة المستشفيات من القطاعات المختلفة في القطاع العام والخدمات الطبية والجامعات ومركز الحسين للسرطان (السجل الوطني للسرطان، 2002).

وحسب (السجل الوطني للسرطان، 2006)... تتوزع عدد حالات السرطان عند الأطفال حسب السنوات كما يوضح الجدول رقم(2):

جدول رقم (2)

عدد الحالات	السنة
921	2002
949	2003
939	2004
720	2005
1221	2006

أما السرطانات الأكثر شيوعاً عند الأطفال لهذه السنوات فكانت على الشكل الآتي:  
توزع السرطانات عند الأطفال (0-14) حسب مكان الإصابة 2002-2006  
كما يوضح الجدول رقم (3).

جدول رقم (3)

النسبة/٪	العدد	مكان الإصابة
31.16	1480	الابيضاضات
20.52	975	الجهاز العصبي المركزي
18.83	894	اللمفاويات
14.5	689	عظام ونسج رخوة
6.42	305	الجهاز البولي

أما معدل الإصابة بالأمراض السرطانية بين الأطفال في الأردن فإنه يقع ضمن المتوسط وهو حوالي ( 117 ) حالة لكل مليون طفل. وتعتبر اللوكيميا في الأردن أكثر الإصابات السرطانية انتشاراً بين الأطفال تحت سن 15 سنة (JCR, 1998).  
وهكذا فإن عدد حالات اللوكيميا لدى الأطفال في الأردن كبير.

### أهم الأنواع السرطان لدى الأطفال

يوجد حوالي مائة نوع من السرطان، تنشأ من أنواع مختلفة من الخلايا السليمة. المصطلحات المستعملة في تقسيم و تسمية السرطان مصطلحات معقدة، و تنتمي معظم أنواع السرطان إلى ثلاث مجموعات رئيسة هي: كارسينوما، و ساركوما، و لوكيميا (ليمفوما).

الكارسينوما تمثل حوالي 90٪ من حالات السرطان لجميع الأعمار وتنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الجلد أو الخلايا المبطنة لبعض الأعضاء الداخلية مثل: الرئة، المعدة، الأمعاء الدقيقة أو من خلايا بعض الغدد مثل الثدي والبروستات. والساركوما ( وهي نادرة في الإنسان )، تنشأ خلاياها الأصلية من بعض الأنسجة المتشابكة أو المترابطة مثل أنسجة العضلات والعظام. واللوكميا ( الليمفوما ) تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تكون جهاز المناعة على التوالي.

وكل هذه الأنواع - في المجموعات الثلاث الرئيسة - تنقسم بدورها إلى أنواع فرعية حسب موقع ظهورها في الجسم. مثل كارسينوما الرئة، كارسينوما الثدي، وحسب وصف مفصل للأنواع المختلفة من الخلايا السرطانية. والحقيقة أن معظم أنواع السرطان الشرسة تظهر خلال عمر الطفولة. ولكن لحسن الحظ فإن نسبة إصابة الأطفال بالسرطان مقارنة ببقية الأعمار قليلة. حيث توضح الإحصائيات تشخيص ثمانية آلاف طفل فقط من كل مليون من مرضى السرطان في الولايات المتحدة. هذا ويندر ظهور السرطانات الشائعة بين البالغين ( الرئة والثدي ) بين الأطفال. فبدلاً من سرطان الرئة والثدي مثلاً نجد أن سرطان الدم وجهاز المناعة تمثل نصف حالات السرطان التي تظهر أثناء مرحلة الطفولة. وتشمل الأنواع الأخرى السائدة بين الأطفال سرطان المخ، الجهاز العصبي، العظام، والكلى، وهي أنواع يقل ظهورها لدى البالغين ( Cooper,2002 ).

### تطور وتحديد مرحلة مرض السرطان

يبدأ السرطان أصلاً من نمو غير طبيعي بواسطة خلية واحدة مصابة بتغيرات حيوية. ومع هذا، فإن السرطان يتكون بعملية معقدة.

- تحديد طور المرض هو: نظام يستخدم لتصنيف خلايا السرطان من حيث مدى شدوذ شكلها تحت المجهر وسرعة نمو الورم وانتشاره المحتملين. يوضع العديد من العوامل في الاعتبار عند تحديد طور الورم. من ضمنها تركيب الخلايا ونمط

نموها. وتختلف العوامل المستخدمة في تحديد طور الورم. من ضمنها تركيب الخلايا ونمط نموها. وتختلف العوامل باختلاف نوع السرطان.

- تحديد الطور النسيجي، ويسمى أيضا "التمييز" الذي يعني: مدى الشبه بين خلايا الورم والخلايا العادية للنسيج نفسه.

الطور النووي إشارة إلى حجم نواة خلايا الورم وشكلها ونسبة خلايا الورم التي تنقسم. ويجب عدم الخلط بين طور الورم ومرحلة السرطان. فمرحلة السرطان تعني مدى انتشار السرطان وحدته اعتمادا على عوامل مثل مكان الورم الرئيس وحجمه وعدد الأورام وإصابة العقد الليمفاوية ( انتشار السرطان في العقد الليمفاوية ). ويتم ذلك عند الشك بأن الورم خبيث فيستأصل الطبيب عينة من نسيج الورم بعملية تسمى " خزعة " وهي عملية يمكن إجراؤها لأنواع الورم كلها. ويفحصها اختصاصي الأنسجة ويقرر ما إذا كان الورم حميدا أو خبيثا، كما يستطيع أن يحدد طور الورم وخصائص خلايا الورم الأخرى. وانطلاقا من شكل خلايا السرطان يصف عادة طور الورم باستخدام أربع درجات من الحدة: الأطوار ( 1 و 2 و 3 و 4 ). تمثل خلايا الطور (1) الخلايا الطبيعية، وتميل إلى النمو والتكاثر ببطء، وتعتبر أورام الطور (1) الأقل عدوانية في سلوكها بشكل عام. ومن ناحية أخرى. نجد أن خلايا أورام الطور (3) والطور (4) تميل إلى النمو بسرعة وتكون أسرع انتشاراً من أورام الطور الأدنى.

ويؤثر طور الورم (عامل رئيسي في بعض أنواع الأمراض كأورام الدماغ الرئيسة) ومرحلة السرطان وعوامل أخرى عند وضع خطة معالجة المريض والتنبؤ بالنتيجة. عموماً يشير الطور المنخفض إلى توقع نتيجة أفضل (فرصة الشفاء واحتمالية عودة السرطان).

- تحديد مرحلة الورم: يصف مدى انتشار سرطان شخص ما وخطورته اعتمادا على حجم الورم الأصلي (الرئيس) ومدى انتشاره في الجسم. وتحديد المرحلة مهم لأنه يساعد الطبيب على وضع خطة المعالجة، ويمكنه بالتكهن بالنتيجة المحتملة أو اتجاه المرض. ويعتمد تحديد المرحلة على معرفة طريقة تطور السرطان. حيث تنقسم خلايا السرطان وتنمو دون ضوابط أو نظام لتكون

كتلة نسيج تسمى نمو أو ورما، وقد يجتاح الورم أثناء نموه الأعضاء و الأنسجة المجاورة، كما أن خلايا السرطان قد تنفصل عن الورم وتدخل مجرى الدم أو الجهاز الليمفاوي. وبانتقال السرطان خلال مجرى الدم أو الجهاز الليمفاوي يمكنه أن ينتشر من المكان الأصلي لتكوين سرطانات جديدة في أعضاء أخرى. ويسمى السرطان المنتشر "السرطان الثانوي (النقيلي)".

أما العناصر المشتركة بين أنظمة تحديد المراحل فهي: مكان الورم الرئيس، وحجم الورم، وعدد الأورام، وإصابة العقد الليمفاوية، ونوع الخلايا، وطور السرطان (مدى التشابه بين خلايا السرطان و الخلايا العادية)، ووجود سرطان ثانوي أو عدم وجوده. ويبين الجدول رقم (4) مراحل الورم.

الجدول رقم (4)

المرحلة	التعريف
صفر	سرطان لا يبد ( يوجد السرطان في طبقات الخلايا التي بدأ فيها )
1، 2، 3	يشير ازدياد الرقم إلى ازدياد انتشار المرض، وازدياد حجم الورم. و/ أو انتشار السرطان إلى العقد الليمفاوية القريبة و/ أو الأعضاء المجاورة للورم الرئيس.
4	انتشار السرطان إلى عضو آخر.

وتعتمد أنواع الفحوص المستخدمة لتحديد مرحلة السرطان على نوعه. وتشمل هذه الفحوص: الفحوص الجسمية، وفحوص التصوير، والفحوص المخبرية، والتقارير الباثولوجية (النسجية)، وتقارير الجراحة (Cooper, 2002).

### أعراض مرض السرطان

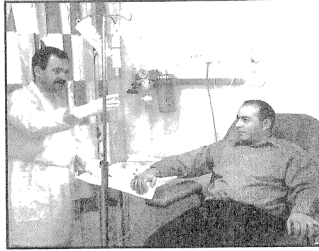
السرطانات التي لا يمكن اكتشافها بالفحص وقبل ظهور الأعراض لا تزال في حاجة إلى طرق لتشخيصها في مرحلة مبكرة حتى تزداد فائدة العلاج ومعه تزداد فرصة الشفاء.

تختلف أعراض مرض السرطان تبعاً لاختلاف نوع السرطان ومكان الإصابة وغيرها من العوامل، إلا أن كل من يشكو من أحد الأعراض المريبة التالية يجب أن يستشير الطبيب على عجل. ومعظم الأشخاص الذين تظهر عليهم هذه الأعراض لن يكونوا مصابين بالسرطان، لكن يجب إلغاء الاحتمال، ومن هذه الأعراض: سعال، هات، صوت أجش، صعوبة البلع، ألم، عسر هضم، انخفاض الوزن، تغير عادة الأمعاء، تصريف من فتحة (مثل حلمة أو مهبل)، لفظ الدم عند السعال، نزف شرجي، نزف مهبلي بين الدورات، نزف مهبلي بعد الإياس، دم مع البول، نزف من خال (شامة) (ريز، 2002).

وينصح المجتمع الأمريكي للسرطان بملاحظة سبعة من علامات الإنذار المبكر لظهور السرطان، وهذه الأعراض لا تؤكد وجود سرطان بالجسم ولكن عند ظهورها يجب مناقشتها مع الطبيب. ولسوء الحظ، فإن هذه الأعراض لا تكتشف إلا بعد تقدم المرض.

#### هذه الأعراض تشمل:

1. تغييراً في الحالة الطبيعية للأمعاء والمثانة.
2. وجود مواجع غير قابلة للالتام.
3. نزيفاً دموياً أو إفرازات غير طبيعية.
4. ظهور ورم أو تضخم بالثدي أو بأي جزء آخر.
5. عسر هضم أو صعوبة في البلع.
6. تغييراً واضحاً في مظهر نتوء أو شامة بالجلد.
7. وجود كحة أو صوت مبحوح بشكل مستمر (Cooper,2002).



(\*) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان

وفيما يلي عرض مختصر لأهم أنواع السرطان لدى الأطفال:

1. اللوكيميا (ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد):

اللوكيميا (ابيضاض الدم) فتعرف بأنها "سرطان في الدم يصيب الأمكنة التي تصنع كريات الدم مثل نخاع العظم والطحال والأنسجة اللمفاوية فيزداد صنع كريات الدم البيضاء" (الدجاني، 1988، ص57).

وتعرف أيضا بأنها "تلف دموي خبيث يتصف بانتشار خلايا الدم غير الطبيعية والتي تطفو داخل النخاع العظمي والدم السطحي والأعضاء الأخرى" (Otto, 1994, p.278).

يبدأ سرطان الدم في نخاع العظم فهو مصنع الخلايا في جسم الطفل، وعلى الرغم من وجود مصادر أخرى لتكوين خلايا جديدة إلا أن نخاع العظم يعتبر المورد الرئيس لخلايا الدم الجديدة في معظم عمر الإنسان، وبالتالي يعتبر السبب في ظهور عدد كبير من كريات الدم البيضاء غير متكاملة التكوين في المجرى الدموي (كولطيين و لاجوفوي وفلاسوف، 1985).

وفي الحقيقة لا يوجد سبب واضح ومحدد للوكيميا إلا أن هناك اشتباهاً بمجموعة من العوامل تدعى بعوامل الخطر (Risk Factors) منها:

الأشعة، العوامل الكيماوية كبخار البنزين، الفيروسات التي تؤدي إلى اختلالات وراثية، كذلك بعض الاختلالات ( غير الموروثة ) مثل: المنغولية أو متلازمة داون والتي تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة باللوكميما ( صالح و رمضان، 1999 ).

أما أنواع اللوكيميا: فهناك نوعان رئيسان للوكيميا: الحادة والمزمنة، وهذان النوعان متشابهان في أنهما ينتجان من اختلال وظيفة نخاع العظم، ولكن يختلفان بشكل كبير بالنسبة: للمعالجة ( Treatment )، وتقديم المرض (Disease Presentation)، والتوقع (Prognosis) (Otto,1994).

1. اللوكيميا الحادة: سريعة التطور تتميز بكثرة الخلايا غير الناضجة والتي تعرف ب ( Blast Cells ).

أي الخلايا الأساسية التي تخرج منها الخلايا البيضاء والحمراء، حيث تتصف هذه الخلايا بالتقدم السريع ( Steven ,1995 )

وتكون اللوكيميا الحادة مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة وآلام في العظام ونزيف والتهابات ثانوية، وفقر دم شديد وتعب عام شديد واصفرار، وفي حالة عدم المعالجة يموت الشخص خلال فترة قصيرة (عدة أسابيع إلى عدة أشهر) (الدجاني، 1988).

2. اللوكيميا المزمنة: وهي متطورة ببطء ولا تلاحظ في البداية ولكن يمكن أن تتحول إلى نمط أكثر شدة وتتصف بتكاثر خلايا أكثر نضجا ( Steven,1995 ).

وتبدأ بتضخم الغدد اللمفاوية وفقر الدم وسرعة دقات القلب ونقص في وزن الجسم وتصيب العرق ولهاث والتهابات ثانوية ونزيف دموي (الدجاني، 1988).

وفي حالتي اللوكيميا الحادة والمزمنة يتم إنتاج عدد كبير من كريات الدم البيضاء غير الطبيعية والتي تفيض في نخاع العظم.

وتكون اللوكيميا الحادة وكذلك المزمنة على نوعين: لمفاوية، ونخاعية . (Steven ,1995 )



وبالنسبة للأطفال فالأنواع الرئيسة التي تحدث عندهم هي:

أ. ( 75٪ ) من حالات اللوكيميا اللوكيميا الليمفاوية الحادة ALL ( Acute Lymphoblastic Leukemia ) وهي ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد والذي يتميز بزيادة عدد خلايا الدم البيضاء التي تدعى الكريات الليمفاوية التي تتكون في الغدة الليمفاوية ونخاع العظم فتمنع إنتاج خلايا النخاع الطبيعية . وغالبيتها تكثر عند عمر ( 4 ) سنوات، وتصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة ( 2 : 1).

ب. ( 20٪ ) اللوكيميا النخاعية الحادة AML ( Acute Myelocytic Leukemia ) وهي ابيضاض الدم النقياني أو داء الخلايا المحببة حيث تتميز بزيادة عدد خلايا الدم البيضاء التي تدعى الخلايا المحببة والتي تتكون عادة في نخاع العظم لكن قد تظهر من أنسجة أخرى مثل: الكبد والطحال والتي تلعب دورا حاسما في الدفاع ضد العدوى). وتشكل معدلا ثابتا من عمر الولادة حتى ( 10 ) سنوات وتزداد قليلا في مرحلة المراهقة. و معظم سرطانات الدم المتبقية من النوع النخاعي المزمن، أما اللمفاوي المزمن فنادرأ ما يؤثر على الأطفال ( Behrman ,et.al., 2000 ).

#### أما أعراض اللوكيميا:

فتشابه الأعراض السريرية للوكيميا لأنها كلها تنتج من اختلال وظيفة نخاع العظم مثل: شحوب الوجه، وارتفاع الحرارة، والتهاجات نتيجة تأثر الخلايا البيضاء الدماغية، والطفح الجلدي نتيجة اختلال وظيفة أو عدد الصفائح. ومنها انتفاخ العقد اللمفاوية والطحال والكبد، التعب العام في الجسم، التقيؤ، فقدان الشهية إلى الطعام، فقدان الوزن، الكسل والنعاس والحمى (تقرحات حول الفم) والكدمات (الرضوض).. ( Behrman ,et.al., 2000 )

#### أما علاج اللوكيميا:

فيكون إما بالعلاج الكيماوي (حيث يشكل الدعامة الرئيسة)، أو بالأشعة، أو بزراعة نخاع العظم (Rees, Gareth et. al, 1993).

## 2. سرطان الدماغ: ( Brain Tumor )

أورام الدماغ الرئيسية والثانوية: يسمى الورم الذي يبدأ في الدماغ بورم الدماغ الرئيس. وأغلب أورام الدماغ التي تصيب الأطفال أورام رئيسية. أما أغلب أورام الدماغ عند البالغين فتحدث نتيجة انتشارها من الرئتين أو الثدي أو أي جزء آخر من الجسم. وفي هذه الحالات لا يعتبر مرض سرطان دماغ، حيث يكون سرطاناً ثانوياً ويسمى باسم العضو أو النسيج الذي بدأ منه وتعتمد معالجة أورام الدماغ الثانوية على مكان نشوء السرطان ومدى انتشار المرض.

الدماغ عبارة عن كتلة نسيج اسفنجي طري تحميه عظام الجمجمة وثلاثة أغشية رقيقة تسمى السحايا. ويحاط الدماغ بسائل شفاف يسمى السائل المخي الشوكي. ويجري هذا السائل بين السحايا وبين فراغات داخل الدماغ تسمى البطينات.

تقوم شبكة من الأعصاب بنقل الرسائل المتبادلة بين الدماغ وبقية أجزاء الجسم. وتصل بعض الأعصاب بين الدماغ والعينين والأذنين وأجزاء أخرى من الرأس مباشرة. في حين تمر أعصاب أخرى عبر الحبل الشوكي لتصل الدماغ ببقية أجزاء الجسم. وفي داخل الدماغ والحبل الشوكي تحيط الخلايا الدبقية (الداعمة) بالخلايا العصبية وتثبتها في أماكنها. يقوم الدماغ بتوجيه النشاطات الإرادية (كالمشي والكلام) والنشاطات اللاإرادية (كالتنفس). كما يتحكم الدماغ بالحواس (النظر والسمع واللمس والذوق والشم) والذاكرة والعواطف والشخصية. تتحكم أجزاء الدماغ الرئيسة الثلاث بنشاطات مختلفة:

1. المخ: وهو أكبر أجزاء الدماغ ويقع أعلى الدماغ. ويستخدم المخ المعلومات التي يحصل عليها عن طريق الحواس لإعلامنا بما يدور حولنا ولتوجيه استجابة أجسامنا. فهو يتحكم بالقراءة والتفكير والتعلم والنطق والعواطف.

ويقسم المخ إلى قسمين: نصف كرة المخ الأيسر ونصف كرة المخ الأيمن. ويتحكم كل منهما بنشاطات معينة. فنصف الكرة الأيمن يتحكم بعضلات

- الجهة اليسرى من الجسم. بينما يتحكم نصف الكرة الأيسر بعضلات الجهة اليمنى من الجسم.
2. المخيخ: ويقع تحت المخ في مؤخرة الدماغ. ويتحكم بالتوازن والنشاطات المعقدة كالشي والكلام.
3. جذع الدماغ: ويصل الدماغ بالحبل الشوكي ويتحكم بالجوع والعطش والتنفس وحرارة الجسم وضغط الدم وبعض وظائف الجسم الأساسية الأخرى.

#### • أورام الدماغ الحميدة والخبيثة:

- أورام الدماغ الحميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية: حيث يمكن عادة استئصال الأورام الحميدة ونادرا ما تعود للنمو مرة أخرى. ويمكن تحديد حواف أو أطراف الدماغ الحميد بسهولة، كما أن خلايا الورم الحميد لا تبتلع الأنسجة المحيطة بها أو تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم. إلا أن الأورام الحميدة يمكن أن تضغط على مناطق حساسة من الدماغ وتسبب مشاكل صحية خطيرة، ونادرا ما يتحول ورم الدماغ الحميد إلى سرطان.
- أورام الدماغ الخبيثة تحتوي على خلايا سرطانية: تعتبر أكثر خطورة بشكل عام وغالبا ما تشكل خطرا على الحياة. وغالبا ما تنمو هذه الأورام بسرعة كبيرة و تتجمع حول أنسجة الدماغ السليمة المجاورة أو تبتلعها. وفي حالات نادرة جدا قد تنفصل خلايا سرطانية عن ورم دماغي خبيث وتنتشر إلى أجزاء أخرى في الدماغ أو الحبل الشوكي، أو حتى أجزاء أخرى من الجسم، ويسمى انتشار السرطان النقيلة أو الثانويات. و في بعض الأحيان لا ينتشر الورم الخبيث إلى النسيج السليم، حيث يمكن احتواء الورم داخل طبقة نسيجية، أو تحدد عظام الجمجمة أو تكوين آخر في الرأس من انتشاره، ويسمى هذا النوع بالورم المغلف.

• أسبابه:

لا تعرف الأسباب الحقيقية لأورام الدماغ. ونادراً ما يستطيع الأطباء تفسير إصابة شخص ما بورم دماغي دون شخص آخر، إلا أن من الواضح أن أورام الدماغ ليست معدية، إذ لا يمكن أن تنتقل من شخص إلى آخر.

لقد أظهرت البحوث أن من لديهم عوامل خطورة معينة أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بأورام الدماغ. وعامل الخطورة هو أي شيء يزيد فرصة إصابة شخص ما بالمرض.

- وترتبط عوامل الخطورة التالية مع تزايد احتمالات الإصابة بورم دماغي رئيس:
  - الذكورة: أورام الدماغ أكثر شيوعاً بين الذكور بشكل عام منها بين الإناث، إلا أن الأورام السحائية أكثر شيوعاً بين الإناث.
  - العمر: تظهر أغلب أورام الدماغ بين من هم في سن السبعين فما فوق، ومع هذا تأتي أورام الدماغ في المرتبة الثانية بين أمراض السرطان الأكثر شيوعاً بين الأطفال، وأورام الدماغ الأكثر شيوعاً بين الأطفال دون سن الثامنة منها بين الأطفال فوق هذا السن.
  - التعرض للأشعة أو للمواد كيميائية معينة في العمل: مثل: العاملون في الصناعة النووية أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بورم دماغي، والذين يتعاملون مع الفورمالدهيد وكلوريد الفينيل و الأكريلونيتريل أكثر عرضة للإصابة بورم الدماغ، ويبحث العلماء حالياً ما إذا كان يمكن للهواتف المحمولة أن تسبب أورام الدماغ.

• الأعراض:

تعتمد أعراض الدماغ على حجم الورم ونوعه وموقعه، وتظهر الأعراض عندما يضغط الورم على عصب أو يؤدي منطقة معينة من الدماغ.

وفيما يلي الأعراض الأكثر شيوعاً لأورام الدماغ:

- الصداع (عادة يكون أسوأ في الصباح).

- الشعور بالغثيان أو رغبة في التقيؤ.
  - حدوث تغيرات في النطق أو الرؤيا أو السمع.
  - حدوث تغيرات في المزاج أو الشخصية أو القدرة على التركيز.
  - ظهور مشاكل في الذاكرة.
  - ارتعاش العضلات أو شدها (تشنجات).
  - الشعور بخدر أو وخز في الذراعين أو القدمين.
- ولا تعتبر هذه الأعراض مؤشرات مؤكدة على الإصابة بورم دماغي، حيث أنها يمكن أن تنجم عن حالات أخرى.
- التشخيص: إذا ظهرت لدى المريض أعراض توحى بالإصابة بورم دماغي يطبق الطبيب واحداً أو أكثر من الإجراءات التالية: الفحص الجسماني، الفحص العصبي، التصوير المقطعي، التصوير بالرنين المغناطيسي، صورة ملونة للأوعية الدموية، صورة أشعة للججمجمة، بزل قطني، خزعة.
  - المعالجة: الجراحة، الكيماوي، الأشعة. معتمداً على عدة عوامل منها: نوع الورم ومرحلته (أرناؤوط، 2006-1).
3. انواع سرطانات اخرى عند الأطفال:
- ورم هودجكين الليمفاوي.
  - ورم خلايا العظام النسيجي.
  - الورم الجذعي العصبي.
  - ورم الأطفال العضلي المخطط.
  - أورام خلايا الأطفال التناسلية خارج الدماغ.
  - ورم ويلمز.
  - ورم سركومة أنسجة الأطفال الرخوة.
  - السرطان المصلي.
  - سرطان كبد الأطفال.

- ورم أورومة الشبكية.
- الورم الدبقي الخفيف.
- ورم خط البصر الدبقي وتحت المهادي.
- سرطانات نادرة ( أقل من حالتين سنويا في المستشفيات من كل نوع، ولكنها منتشرة بنسبة أكبر بين الكبار ) مثل: سرطانات الرأس والرقبة، الأورام الصدرية، السرطانات البطنية، الأورام التناسلية، ورم الجهاز الهرموني المتعدد، سرطان الجلد، الورم الحبلي، السرطان مجهول الأصل (أرناؤوط, 2007).

### علاج مرضى السرطان

وبالنسبة للأهداف الأولية لعلاج السرطان فهي الشفاء وإطالة أمد الحياة وتحسين نوعية الحياة. وتبدأ رعاية مرضى السرطان بشكل أساس بإدراك طبيعة المرض مع خدمات مناسبة للتشخيص والعلاج الذي يمكن أن يتضمن الجراحة، والعلاج بالأشعة، والعلاج الكيماوي، والعلاج الهرموني (البيولوجي) أو بعضا من هذه العلاجات مجتمعة (WHO,1995).

هذا ويعتبر الهدف النهائي من المعالجة هو استئصال السرطان بشكل تام ( ريز، 2002 ).

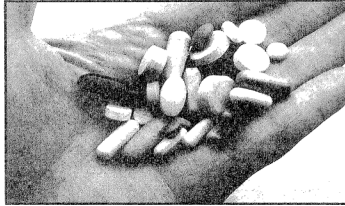
بعد أن يتأكد تشخيص السرطان، وتكتمل كل الاستقصاءات الأخرى اللازمة. يقدم الطبيب للمريض النصح بشأن الخطوة التالية. ومن المرجح أن تعطى الأولوية لعلاج السرطان بشكل مباشر. لكن من المهم أن تأخذ خطة الرعاية الشاملة بالحسبان الأعراض البدنية والصحة النفسية وصحة العائلة وغير ذلك من الظروف الاجتماعية ( ريز، 2002 ).

توجد عدة طرق ممكنة للعلاج بمجرد تشخيص السرطان، ويعتمد اختيار الطريقة المناسبة للعلاج على نوع السرطان ومدى تقدم مرحلة المرض ( Cooper, 2002 ).

لقد أصبح علاج السرطان قياسياً أكثر من ذي قبل، لكن الظروف الفردية تبقى مهمة. وهناك ثلاثة أنواع رئيسية لعلاج السرطان: الجراحة، والمداواة بالأشعة، والأدوية.

الجراحة بشكل عام هي العلاج الأكثر فعالية في الشفاء من السرطان. لكن أنواع السرطان المختلفة تداوى بطرق مختلفة. ويمكن للمداواة بالأشعة والمعالجة الكيميائية أن تقضي على أنواع السرطان، فيما تبقى الأنسجة السوية المحيطة سليمة من الأذى. غير أن بعض أنواع السرطان لا تستجيب جيداً للمداواة بالأشعة أو العقاقير، ويفضل أن تعالج بالجراحة. وبعضها الآخر قد تصعب إزالته بالجراحة أو تتعذر، لكنها قد تستجيب جيداً بالمداواة.

ويمكن أن يقضي العلاج بالأدوية على الخلايا السرطانية أينما كانت. وهناك نوعان رئيسان من العلاج بالأدوية للسرطان: علاج كيميائي سام للخلايا، وعلاج هرموني. ومن الصعب في الغالب التنبؤ بالاستجابة للعلاج بالأدوية. وعلى كل من يخضع للمعالجة الكيميائية الاستفادة عن الحمى على الفور. ويجد كثيرون اليوم أن المعالجة الكيميائية تسبب مشكلات أقل مما هو متوقع.



(\*) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان

أما المداواة بالأشعة فهي شكل موضعي من أشكال العلاج على غرار الجراحة. ويمكن أن تقضي المداواة بالأشعة على السرطان قضاء تاما فيما تترك الخلايا السوية المحيطة سليمة. ولا تشعر بأي شيء أثناء العلاج. وتفاوت أنواع السرطان المختلفة كثيرا بحساسيتها للمداواة بالأشعة. و المداواة بالأشعة عالية الجرعة غالباً ما تحمل خطر حدوث تأثيرات جانبية طويلة المدى، لكن يجذر ركوب هذه المخاطر عادة ( ريز، 2002 ).

لمنع وراثته والالتهاب والانتان المسبب الرئيس للسرطان لا بد من التحكم به ومعالجته أولاً لدى الآباء وبالتالي قد نحمي جيلين من الإصابة بالسرطان والعديد من الأمراض الولادية والمكتسبة عن طريق اتخاذ إجراءات وقائية لدى الآباء منها: تناول غذاء متكامل ومتوازن ( الحليب يمنع التهاب اللثة، الخضار والفواكه تساعد على منع التهاب اللثة، البيض الطري يمنع التسوس، الطعام اللين يخفض أو يمنع الإصابة بسرطان القولون والمستقيم ) ( حسن، 1987 ).

### توقعات الشفاء من المرض

وتتحقق فرصة الشفاء الفضلى - بإذن الله - عند كثير من المرضى اليوم بانتلاف من المعالجات ( الكيماوي، الأشعة، الجراحة ) ( ريز، 2002 ).

لقد تحققت تقدم كبير في علاج بعض أنواع السرطان خاصة لوكيميا الطفولة التي يمكن شفاؤها بالعلاج في معظم الحالات. أما بالنسبة للأنواع الأخرى من السرطان، فإن احتمال الشفاء يعتمد على تشخيص المرض في مرحلة مبكرة من تكوينه، وقبل الانتشار من مكانه الأصلي ( كوبر، 2004 ).

قبل ( 30 ) سنة كان كل طفل مصاب باللوكيميا اللمفاوية الحادة تقريباً يموت من المرض ولكن حالياً أكثر من ( 60% ) يمكن أن يشفوا خصوصاً إذا تعالجوا في مراكز متخصصة. أما بالنسبة للوكيميا النخاعية الحادة فقبل 30 سنة أيضاً كان كل طفل تقريباً يموت من المرض ولكن حالياً أكثر من ( 40% ) يمكن أن ينجوا منه، لكن يبقى بعض أنواع اللوكيميا أصعب في العلاج من غيرها





المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية  
لدى أطفال مرضى السرطان

الأثار الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال

دراسات

الوفيات والمتابعة طويلة المدى



### الفصل الثالث

## المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية

### لدى أطفال مرضى السرطان

#### الآثار الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال

الآثار الناجمة هي: مشاكل صحية ترتبط بالمعالجة تظهر بعد أشهر أو سنوات من انتهاء المعالجة.

قد تتلف معالجة السرطان خلايا سليمة أثناء تدميرها لخلايا السرطان. وقد توقف بعض معالجات السرطان كالمعالجة الكيماوية والمعالجة بالأشعة وزرع الخلايا الأساسية نمو الخلايا سريعة الانقسام (كخلايا السرطان). وبما أن العظام والأنسجة والأعضاء التي تنمو مع نمو الطفل تحتوي أيضاً على خلايا تنمو بسرعة. فإن معالجة السرطان قد تمنع تطورها بشكل طبيعي. تشمل معالجات السرطان الأخرى الجراحة لاستئصال بعض الأعضاء المصابة بالسرطان كلياً أو جزئياً. قد يكون الضرر الناتج عن هذه المعالجات بسيطاً أو خطيراً. وقد تظهر آثارها خلال المعالجة أو بعدها بأشهر أو سنوات.

تسمى الآثار الجانبية التي تظهر بعد انتهاء المعالجة الآثار المتأخرة. و من المهم أن يعرف المريض والوالديه أن الطفل الذي عولج من السرطان قد يكون عرضة لظهور آثار متأخرة نتيجة المعالجة.

قد تؤثر الآثار المتأخرة لمعالجة سرطان الأطفال على ما يلي:

- أعضاء الجسم أو عظامه أو أنسجته.
- المزاج والمشاعر والتصرفات.
- التفكير والتعلم والذاكرة.

يرتبط احتمال حدوث آثار متأخرة بنوع السرطان أو نوع المعالجة .  
يعتمد احتمال تسبب معالجة السرطان بآثار متأخرة على عدة عوامل تشمل ما يلي:

- نوع السرطان ومكانه في الجسم.
  - عمر الطفل عند معالجته.
  - نوع المعالجة وكميتها.
  - المنطقة التي تمت معالجتها.
  - العوامل الوراثية والمشاكل الصحية التي كانت لدى الطفل قبل المعالجة.
- تعتبر المتابعة المنتظمة من قبل مهنيين صحيين متمرسين في اكتشاف الآثار المتأخرة ومعالجتها مهمة جداً لصحة الأطفال الذين نجوا من السرطان على المدى البعيد. ويجب أن يحتفظ الأطفال الناجون من السرطان (أو من يرعونهم) بسجلات عن تشخيص السرطان ومعالجته.
- يدرس الأطباء الآثار المتأخرة التي تسببها معالجة سرطان الأطفال. حيث يحاولون معرفة ما إذا كان تغيير المعالجة يمكن أن يساعد على الحيلولة دون حدوث الآثار المتأخرة أو الحد منها. (ريز، 2002).



### الجهاز العصبي المركزي:

قد تؤثر معالجات سرطان الجهاز العصبي المركزي على الدماغ. ويكون من تلقى معالجة بالأشعة في الرأس أو جراحة في الدماغ أو معالجة كيميائية داخل الغلاف عند معالجة سرطان أطفال عرضة لمشاكل في المجالات التالية:

• التفكير.

• التعلم.

• حل المشاكل.

• الكلام.

• القراءة.

• الكتابة.

• الذاكرة.

• تنسيق الحركة بين العينين واليدين والعضلات الأخرى.

قد يصاب الناجون بإعاقات في التعلم أو انخفاض مستوى الذكاء.

تزيد عوامل معينة احتمال حدوث آثار متأخرة لمعالجات الجهاز العصبي المركزي على الدماغ، وقد تؤدي معالجة هذه السرطانات وسرطانات أطفال أخرى إلى حدوث آثار متأخرة في الجهاز العصبي المركزي:

• سرطان الدم الليمفاوي.

• أورام الجهاز العصبي المركزي.

• سرطانات الرأس والرقبة.

قد يشعر الناجون من سرطانات الأطفال بقلق وإحباط يرتبطان بسرطانهم: فقد يشعر الناجون من سرطان الأطفال بقلق وإحباط يرتبطان بالتغيرات الجسدية والمظهر، أو الخوف من عودة السرطان. وقد تحول هذه المشاكل دون عودتهم إلى ممارسة حياتهم ونشاطاتهم العادية، كما أنها قد تسبب مشاكل في العلاقات الشخصية، والتعليم، والتوظيف، والصحة (McDougal,1997).

كما وأكدت (أرناؤوط، 2005) أنه قد يعاني من نجوا من سرطان الأطفال من آثار متأخرة تؤثر على:

#### السمع:

قد يزداد احتمال فقدان سمع الناجين من السرطان الذين تلقوا أيا من التالي: مضادات سرطان معينة مثل: السيسبلاتين والكاربولاتين، معالجة الدماغ بالأشعة. ويزداد هذا الاحتمال كلما كان الأطفال الناجون من السرطان صغارا أثناء المعالجة.

وقد تسبب معالجة السرطانات التالية وغيرها من سرطانات الأطفال آثارا متأخرة في السمع:

أورام الجهاز العصبي المركزي، الورم الجذعي العصبي، سرطانات الراس والرقبة.

#### العينين:

تتضمن الآثار المتأخرة على العينين ما يلي:

- مشاكل في نمو العظم المحيط بمحجر العين تؤثر على شكل وجه الطفل أثناء نموه.
- جفاف العين.
- إعتام عدسة العين.
- تلف العصب البصري والشبكية.
- ضعف النظر.
- ارتقاع الجفنين.
- أورام الجفن.
- تزيد عوامل معينة احتمال تضرر العين أو محجر العين، منها:
- أن يكون عمر الطفل أقل من سنة واحدة أثناء المعالجة.
- ورم الشبكية.

قد يزداد هذا الاحتمال لدى الناجين من سرطان الأطفال الذين تعرضوا إلى ما يلي:

استئصال إحدى العينين جراحياً، معالجة العين أو محجر العين بالأشعة.  
وقد تنتج الآثار المتأخرة على العين عن معالجة سرطانات معينة بأشهر، فقد تسبب معالجة السرطانات التالية وغيرها من سرطانات الأطفال بالأشعة آثاراً متأخرة في العين:

ورم أرومة الشبكية والورم العضلي المخطط وأورام عين أخرى، أورام الجهاز العصبي المركزي، أورام الرأس و الرقبة.  
الأسنان والفك:

قد تتضمن الآثار المتأخرة في الفك والأسنان ما يلي:

- صغر الأسنان و غرابة شكلها.
- جذور الأسنان قصيرة.
- نقص بعض الأسنان.
- تأخر ظهور الأسنان الجديدة عن العمر المعتاد.
- عدم اكتمال نمو الرأس والوجه.
- غرابة شكل مينا الأسنان.
- عدم إنتاج الغدد اللعابية لكميات كافية من اللعاب.
- تسوس الأسنان (بما في ذلك النخر) ومرض اللثة.

تزيد عوامل معينة احتمال حدوث آثار متأخرة في الأسنان والفك عند الناجين من السرطان الذين تلقوا أيأ من التالي:

معالجة الرأس والرقبة بالأشعة، معالجة سرطان الدم بالأشعة، معالجة الورم الجذعي العصبي بجرعة كيماوية كبيرة مع زرع خلايا أساسية وتعرض الجسم بكامله للأشعة.

وقد يزداد هذا الاحتمال لدى الناجين الذين كانت أعمارهم تقل عن ثلاث سنوات عند المعالجة. ومن المهم أن يجري الناجون من سرطان الأطفال فحوصاً منتظمة للأسنان للمساعدة على الوقاية من التلوث أو النخر أو تقصيهما.



وقد تنتج الأثار المتأخرة في الفك والأسنان عن معالجة سرطانات أطفال معينة منها:  
سرطان دم الجهاز العصبي المركزي، الورم الجذعي العصبي، ورم هودجكين الليمفاوي، سرطانات الرأس والرقبة، السرطان الأنفي البلعومي.  
الكبد:

قد تشمل الأثار المتأخرة في الكبد ما يلي:

- تليف الكبد (نمو مفرط للأنسجة الضامة في الكبد).
  - قصور الكبد.
  - فرط التوتر الباهي.
  - التهاب الكبد سي.
  - تلف دائم في الكبد بسبب مرض انسداد الوريد الكبدي، والذي يؤدي إلى مشاكل طويلة الأمد.
- قد يزيد احتمال حدوث آثار متأخرة في الكبد عند الناجين من سرطان الأطفال الذين تلقوا أياً مما يلي:

معالجة بالأشعة مع معالجة كيميائية، معالجة كيميائية بالثيوجوانين لمعالجة سرطان الدم الليمفاوي الحاد. وقد يزداد هذا الاحتمال لدى الناجين الذين أصيبوا بمرض في الكبد قبل المعالجة أو أصيبوا بانسداد الوريد الكبدي أثناء المعالجة.  
قد تؤدي سرطانات أطفال حدوث إلى حدوث آثار متأخرة في الكبد، منها:  
سرطان الدم الليمفاوي الحاد، الورم الجذعي العصبي، ورم "ويلمز".  
قناة المضم:

قد تتضمن الأثار المتأخرة في قناة المضم ما يلي:

- قروح.
- ثقب في الأمعاء.
- ألم في البطن.
- عدم قدرة الأمعاء على امتصاص العناصر الغذائية من الطعام.

وقد تسبب معالجة السرطانات التالية آثارا متأخرة في القلب، منها: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، أورام الجهاز العصبي المركزي، ورم هودجكين الليمفاوي، ورم ويلمز.

الرئة:

قد تتضمن الآثار المتأخرة على الرئتين ما يلي:

- ضيق التنفس.
- سعال (مزمن).
- تليف رئوي (تراكم أنسجة ندوب في الرئة).
- ذات الرئة.
- التهاب الرئتين أو الغشاء الصدري.

وقد يزيد احتمال حدوث آثار متأخرة في الرئة عند الناجين من السرطان الذين لديهم عدوى أو رفض الجسم للطعم بعد زراعة نخاع عظم، أو مرض صدري كالربو قبل معالجة السرطان. وقد يزداد الاحتمال لدى الذين تلقوا: مضادات سرطان معينة مثل: البليومايسين والدوكسوروبيسين، معالجة الصدر بالأشعة، زراعة خلايا أساسية.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية آثارا متأخرة في الرئة: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، ورم هودجكين الليمفاوي، ورم ليمفاوي غير هودجكين، ورم ويلمز.

الغدة الدرقية:

قد تتضمن الآثار المتأخرة في الغدة الدرقية:

- قصور الدرقية (نقص هرمون الدرقية).
- فرط الدرقية (زيادة هرمون الدرقية).
- تضخم الغدة الدرقية.
- أورام في الدرقية.

وقد يزيد احتمال الآثار المتأخرة في الغدة الدرقية للذين تلقوا أي مما يلي:

معالجة الرأس أو الرقبة بالأشعة، تعريض الجسم بكامله للأشعة كجزء من زراعة خلايا أساسية. والاحتمال أكبر عند الإناث وقد يزيد بزيادة الفترة التي مرت على التشخيص.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية آثاراً متأخرة في الغدة الدرقية: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، أورام الدماغ، ورم ليمفاوي غير هودجكين، أورام الرأس والرقبة.

**الجهاز العصبي الهرموني:**

قد تتضمن الآثار المتأخرة في الجهاز العصبي الهرموني:

- انخفاض مستويات هرمونات الغدة النخامية بما فيها هرمون النمو.
- بلوغ مبكر (خاصة الإناث).
- تأخر البلوغ.
- عطل في الهايبوثلامس (الغدة فوق الغدة النخامية).
- مشاكل في الغدة النخامية.

وقد يزيد احتمال الآثار المتأخرة في الجهاز العصبي الهرموني للذين خضعوا لزراعة خلايا أساسية مع تعريض الجسم بكامله للأشعة. ويتأثر الاحتمال بما يلي:

حيث يزداد احتمال انخفاض مستويات هرمون النمو إذا كان الناجي: أنثى، أو تلقى معالجة بالأشعة في الرأس قبل الزراعة، أو تعرض الجسم بكامله للأشعة مرة واحدة بدلاً من جرعات مجزأة، أو رفض الجسم للطعم، أو تلقى بيوسلفان و سيكلوفوسفاميد.

ويزيد احتمال أن يكون طول البالغ أقل من المعدل الطبيعي إذا كان الناجي: ذكراً، أو تلقى زراعة في سن مبكر، أو تعرض جسمه بكامله للأشعة مرة واحدة بدلاً من جرعات مجزأة.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية آثاراً متأخرة في الجهاز العصبي الهرموني:

سرطان الدم الليمفاوي الحاد، ورم ليمفاوي، أورام الجهاز العصبي المركزي.

## الجهاز العضلي الهيكلي:

### - العظام:

قد تتضمن الآثار المتأخرة في العظام:

- آلام العظام.
- تصلب المفاصل.
- عظام ضعيفة أو رقيقة يمكن أن تنكسر بسهولة.
- انخفاض كمية الكالسيوم في العظام.
- ضعف نمو العظام والأعضاء في المناطق التي عولجت.

وقد تزيد العوامل التالية احتمال حدوث آثار متأخرة في العظام: كون المريض أنثى، كون المريض أكبر سناً عند المعالجة، انخفاض مستويات الاستروجين أو هرمون النمو. وقد يزيد احتمال حدوث آثار متأخرة للذين تلقوا أياً مما يلي: معالجة بالأشعة، خاصة للرأس والعمود الفقري، ستيرويدات، كالديكساميثيسون مع معالجة السرطان.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية آثاراً متأخرة في العظام: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، ورم ويلمز، أورام الجهاز العصبي المركزي، سرطان عظام.

### - وزن الجسم:

قد يعاني الأطفال الناجون من سرطان الأطفال من آثار متأخرة على وزن الجسم وتسبب البدانة.

وقد تزيد العوامل التالية احتمال حدوث البدانة:

- كون المريضة أنثى وتلقت معالجة للرأس بجرعة كبيرة من الأشعة وهي في سن الرابعة أو أقل.
- كون المريض صغيراً عند تلقي المعالجة (يزيد الاحتمال كلما كان الطفل أصغر).
- كون المريض نحيلاً عند التشخيص.
- زيادة دهون الجسم في سن أبكر من السن الطبيعي.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية البدانة: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، ورم هودجكين الليمفاوي، أورام الدماغ، ورم ليمفاوي غير "هودجكين".

الجهاز التناسلي:

- الخصيتان:

قد يعاني الأطفال الناجون من سرطان الأطفال من آثار متأخرة تؤثر على الخصيتين:

قد تؤدي إلى العقم أو انخفاض عدد النطف. وقد يكون انخفاض عدد النطف (الحيوانات المنوية) مؤقتاً أو دائماً اعتماداً على جرعة الأشعة وتكرارها، والمنطقة التي وولجت، وعمر الطفل عند المعالجة.

وقد تزيد العوامل التالية احتمال حدوث آثار متأخرة في الخصيتين:

- معالجة كيميائية بعامل قلوي مثل سيكلوفوسفاميد و بروكربازين و ايفوسفاميد.
- معالجة البطن بالأشعة.

قد تسبب معالجة السرطانات التالية آثاراً متأخرة في الخصيتين: سرطان الدم الليمفاوي الحاد، ورم عظمي، ورم هودجكين الليمفاوي، سرcoma (ورم غرني).

- المبيضان:

قد يعاني الأطفال الناجون من سرطان الأطفال من آثار متأخرة تؤثر على

المبيضين:

- العقم.
- عدم انتظام دورة الطمث.
- قصور مبيضي.
- انقطاع طمث مبكر.

وقد تزيد العوامل التالية احتمال حدوث آثار متأخرة في المبيضين:

- معالجة كيميائية بعامل قلوي مثل سيكلوفوسفاميد و ميكلوريشامين و بروكربازين و ايفوسفاميد.

- معالجة بالأشعة مع عوامل قلووية.
- المعالجة في عمر أكبر.

- الرحم:

قد تعاني الناجيات من سرطان الأطفال من آثار متأخرة تؤثر على الرحم:  
قد يصبح الرحم أقل مرونة ولا يصل حجمه إلى الحجم الطبيعي، وهذا قد يؤدي إلى زيادة احتمال الإجهاض والولادة قبل الأوان، وقد يتأثر نمو الجنين داخل الرحم.  
وقد يزيد احتمال حدوث آثار متأخرة في الرحم لدى النساء اللواتي تلقين معالجة بالأشعة للبطن.

وقد تنتج الآثار المتأخرة في المبيضين والرحم عن معالجة ورم عظمي وسرطانات أطفال أخرى.

- التناسل:

قد تعاني الناجيات من سرطان الأطفال من آثار متأخرة تؤثر على الحمل:

- الإجهاض:

- إنهاء الحمل لأسباب طبية.
- انخفاض وزن المولود عند الولادة.
- حمل مبكر.
- ولادة قبل الأوان.
- شدوذ وضع الجنين.
- عيوب خلقية.

وبالنسبة للذكور الناجين يزيد احتمال ولادة أبنائهم ميتين: تزيد زراعات خلايا أساسية معينة احتمال حدوث العقم : فقد تؤدي زراعات الخلايا الأساسية ونخاع العظم التي تتضمن تعريض الجسم بكامله للأشعة أو إلى سيكلوفوسفاميد أو بيوسلفان إلى تضرر المبيضين. وقد تحدث مشاكل في المبيضين أو الخصوبة أو القدرة على حمل الطفل حتى نهاية فترة الحمل.

توجد أساليب يمكن استخدامها لمساعدة الناجين من سرطان الأطفال على الإنجاب منها:

- تجميد البويضات والنتاف قبل معالجة المريض الذي وصل سن البلوغ.
- التلقيح الخارجي.

ولكن قد يبرز احتمال وجود خلايا سرطان في البويضات أو النتاف المحفوظة (الحيوانات المنوية) أو في الجنين. وهذا الاحتمال أعلى ما يكون عند من أصيبوا بسرطان في الدم أو الخصيتين أو المبيضين.

لا يتأثر الأطفال الناجون من السرطان عادة بمعالجة أحد الوالدين من السرطان في السابق.

أبناء معظم الناجين من سرطان الأطفال يولدون أصحاء (هناك زيادة بسيطة في احتمال ظهور عيوب خلقية لدى أبناء الإناث اللواتي تلقين معالجة بالأشعة أسفل الظهر).

وقد يزيد احتمال وجود عيوب خلقية لدى الأطفال الذين تم تحضير أجتهم في المختبر ويزيد احتمال السرطان لدى أبناء الناجين من سرطان الأطفال الذين أصيبوا بسرطانات إضافية.

#### السرطانات الإضافية :

يكون الناجون من سرطان الأطفال أكثر عرضة لتطور سرطان إضافي في مرحلة لاحقة من حياتهم .

تزيد عوامل معينة ترتبط بالمعالجة احتمال حدوث سرطان إضافي، وتشمل التالي:

- قد تسبب المعالجة بالأشعة أوراماً صلبة وسرطان دم.
- يزيد احتمال حدوث سرطان إضافي بعد المعالجة بالأشعة إذا استخدمت معها عوامل قلبية، وكانت المريضة أنثى، وكانت أصغر عند التشخيص، أو كانت مصابة بمرض "هودجكين" الليمفاوي، أو ورم أنسجة رخوة.

- قد تسبب بعض مضادات السرطان كالعوامل القلوية أو الأدوية البلاتينية سرطان دم.
  - يعتبر الناجون من ورم هودجكين الليمفاوي الأكثر عرضة لتطور سرطان إضافي، خاصة سرطان الثدي أو سرطان الغدة الدرقية. وتزيد حداثة السن عند تشخيص الانتكاس ومعالجته هذا الاحتمال.
  - تزيد زراعة نخاع العظم احتمال الإصابة بأورام في المستقبل.
  - يكون بعض الناجين من سرطان الأطفال أكثر عرضة لتطور سرطان إضافي إذا كانت لديهم أمراض وراثية معينة تجعلهم عرضة للإصابة بسرطان رئيس أو، و تشمل:
  - الأورام الليفية العصبية.
  - متلازمة كي - فروميني.
  - داء السليلات الأسرية.
  - صيغة ورم أورمة الشبكية الوراثية.
- تعتبر فحوص المتابعة المستمرة الدقيقة مهمة جدا للناجين من سرطان الأطفال.

#### دراسات

هناك عدد من الدراسات والأبحاث السابقة والتي تناولت موضوع السرطان عند الأطفال بأنواعه المختلفة وخاصة اللوكيميا (الأكثر انتشارا بين الأطفال والذي يسمى سرطان الأطفال). بعض هذه الدراسات تناولت الموضوع من ناحية نفسية فقط، والأخرى من ناحية اجتماعية، وبعضها كان أكثر شمولاً، فتناولها من الناحية النفسية والاجتماعية، وغيرها تناولها من ناحية بيولوجية (جسمية)، والقليل تناولها من الناحية المعرفية أو التربوية. وسيتيم في هذا الفصل عرض لأبرز تلك الدراسات :



### أولاً: الدراسات العربية:

قام عبد الله (2006) بإجراء دراسة في مدينة عمان -الأردن على أطفال مرضى السرطان بعنوان 'التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية و النفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن و تطوير برنامج إرشادي مقترح لتحسين هذه التأثيرات' .

وقد هدفت إلى التعرف على التأثيرات المعرفية و الاجتماعية والجسمية و النفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن و كذلك التعرف على بعض المتغيرات التي قد يكون لها علاقة في التأثيرات المختلفة لدى هؤلاء الأطفال مثل: الجنس، العمر، طول فترة العلاج، مكان الإقامة، مستوى تعليم الوالدين، وكذلك هدفت إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي مقترح لتحسين هذه التأثيرات .

وقد أجابت هذه الدراسة عن الأسئلة الآتية:

1. ما هي التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير الجنس ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير العمر ؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير طول فترة العلاج ؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مكان الإقامة ؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مستوى تعليم الوالدين ؟
7. ما أثر البرنامج الإرشادي في تحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن ؟

أما مجتمع الدراسة فقد تكون من جميع الأطفال المصابين بمرض لوكيميا الدم (سرطان الطفولة) المقيمين والمراجعين في مركز الحسين للسرطان في مدينة عمان. وهو أكبر مركز متخصص متطور يقدم خدمات علاجية متكاملة لمرضى السرطان في الأردن وربما الوطن العربي، وهو يعالج مباشرة (70%) من الأطفال المصابين بالسرطان في الأردن بالإضافة إلى معالجة الحالات الصعبة المحولة من القطاعات الطبية الأخرى إليه.

وهؤلاء الأطفال تتراوح أعمارهم بين: (5-18) سنة وهم فئة طلاب المدارس (الأساسية والثانوية) الذين قد يتأثر تحصيلهم الدراسي بسبب المرض والعلاج المصاحب له مما يستدعي تدخلا تربويا لصالح هذه الفئة .

وقد تكونت عينة الدراسة من (100) طفل (5-18 سنة) من الأطفال المقيمين والمراجعين لمركز الحسين للسرطان والذين سمحت أحوالهم النفسية وظروف علاجهم بإجراء مقابلات معهم وبحضور أولياء أمورهم في الفترة من 2005 /7 /25 وحتى 2005 /9 /24.

موزعين على المتغيرات حسب الجدول رقم (5):

الجدول رقم (5)

توزيع أفراد العينة على مستويات المتغيرات المختلفة.

المتغير	العدد الكلي	العدد حسب مستويات المتغير	النسبة المئوية
الجنس	100 طفل	1. ذكر (62)	٪62
		2. أنثى (38)	٪38
العمر	100 طفل	1. (5-أقل من 9سنوات) (29)	٪29
		2.(9-أقل من 13سنة) (36)	٪36
		3.(13-أقل من 15سنة) (9)	٪9
		4. (15-18 سنة) (26)	٪26
مكان الإقامة	100 طفل	1. الوسط (73)	٪73
		2. الشمال (21)	٪21
		3. الجنوب (6)	٪6

7/64	1. الثانوية العامة فما دون (64)	100 طفل	مستوى تعليم الأب
7/26	2. البكالوريوس والدبلوم (26)		
7/10	3. دراسات عليا (10)		
7/73	1. الثانوية العامة فما دون (73)	100 طفل	مستوى تعليم الأم
7/26	2. البكالوريوس والدبلوم (26)		
7/1	3. دراسات عليا (1)		
7/37	1. سنة فأقل (37)	100 طفل	طول فترة العلاج
7/36	2. أكثر من سنة دون حدوث انتكاسة(36)		
7/27	3. أكثر من سنة مع حدوث انتكاسة (27)		

• لدراسة الحالة فقد تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (10) أطفال مرضى مصابين بمرض لوكيميا الدم وأولياء أمورهم سمحت ظروفهم الصحية والنفسية بإجراء مقابلات دراسة الحالة معهم، وذلك بهدف إثراء الدراسة.

وللإجابة عن السؤال الأول ما التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية و النفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن ؟

تم إيجاد المجموع والنسب المئوية لكل بعد من أبعاد الدراسة على مقياس التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية بالإضافة إلى كل فقرة من فقرات كل بعد مرتبة تنازلياً حسب مجموعها للعينة المكونة من (100) طفل، والجدول رقم (6) يوضح ذلك.

وقد تم استخدام أداة القياس التالية:

- مقياس 'التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم':

- الجنس:

1. ذكر.

2. أنثى

- العمر:

1. (5-أقل من 9 سنوات)

2. (9-أقل من 13 سنة )

3. (13-أقل من 15 سنة)4-(15-18 سنة )

- الصف الملتحق به:.....

- مكان الإقامة:

1. الوسط (عمان،الزرقاء،السلط... وما حولها )

2. الشمال (إربد، الرمثا، المفرق... وما حولها )

3. الجنوب (الكرك، الطفيلة، الشوبك، معان، العقبة.. وما حولها )

- مستوى تعليم الأب:

1. الثانوية العامة فما دون.

2. البكالوريوس والدبلوم.

3. دراسات عليا.

- مستوى تعليم الأم:

1. الثانوية العامة فما دون.

2. البكالوريوس والدبلوم.

3. دراسات عليا.

- تاريخ التشخيص للمرض (لأول مرة):.....

- هل حدثت انتكاسات مرضية: 1- نعم 2- لا
- طول فترة العلاج (الفترة منذ بدء العلاج لأول مرة حتى الآن):
1. سنة فأقل
  2. أكثر من سنة (دون حدوث انتكاسات)
  3. أكثر من سنة (مع حدوث انتكاسات)

ت	الفقرة	دائما	غالباً	أحياناً	لا تحدث إطلاقاً
1	يعبر عن عدم رغبته في الدراسة				
2	تتدنّي علاماته المدرسية				
3	يتغيب عن المدرسة				
4	يضطّر لترك المدرسة				
5	يتعب عند القيام ببعض المهمات الدراسية				
6	يعاني من قلة التركيز				
7	يعاني من قلة المشاركة				
8	يجد صعوبة في تنفيذ التعليمات				
9	يعاني من صعوبة في التذكر				
10	يعاني من قلة الانتباه				
11	يجد صعوبة في الإجابة عن الأسئلة المعقدة				
12	يعاني من مشاكل في القراءة				
13	يعاني من مشاكل في الكتابة				
14	يعاني من مشاكل في الحساب				
15	يجد صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين				
16	يعتمد على غيره في قضاء أموره				
17	ينسحب من اللعب الجماعي مع الأطفال				
18	يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين				
19	يظهر عليه الحجل				

ت	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	لا تحدث إطلاقا
20	يقوم بسلوك المهدف منه لفت الانتباه				
21	يرتبك في وجود الآخرين				
22	يعتدي على الآخرين				
23	يكذب في حديثه				
24	يتعاون بشكل بسيط مع الآخرين				
25	يكره اللعب مع رفاقه المرضى				
26	يتعرض للمضايقة من قبل الأطفال الأصحاء فيما يتعلق بمظاهر مرضه ومضاعفاته				
27	يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية				
28	يحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه				
29	يظهر عليه التعب والإرهاق				
30	يعاني من صعوبات في النوم				
31	يعاني من اضطراب في الوزن				
32	يعاني من تساقط الشعر				
33	يعاني من الغثيان والقيء				
34	يعاني من أمراض قلة المتاعة				
35	يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة				
36	يعاني من وجود التقرحات (في الفم وبقيّة أجزاء الجهاز الهضمي)				
37	يعاني من صعوبات في التبول والإخراج				
38	يعاني من صعوبات في الحركة				
39	يشكو من آلام في المفاصل				
40	يشكو من آلام في البطن				
41	يشكو من الصداع				
42	يعاني من سيلان الأنف				
43	يعاني من القلق والتوتر				

ت	الفقرة	دالما	غالبا	أحيانا	لا تحدث إطلاقا
44	يعاني من الحزن والكآبة				
45	يجاف من الذهاب إلى المستشفى				
46	بغضب بسرعة				
47	يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى				
48	يجلم أحلاما مزعجة				
49	يكي دون سبب واضح				
50	يقضم أطافره				
51	يظهر عليه الملل بسرعة				
52	ثقلته بنفسه ضعيفة				
53	يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده				
54	يكثر السؤال عن مصيره ومستقبله				
55	يرفض تقبل ما قدره الله عليه				
56	ينظر إلى الأمور نظرة تشاؤمية				

الجدول رقم (6)

التكرارات (المجموع) والنسب المئوية للتأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم.

النسبة المئوية للفقرة	مجموع الفقرة (التكرار)	نص الفقرة	عدد الفقرات	النسبة المئوية للبعد	مجموع البعد	البعد
0.66	198	يضاير لترك المدرسة	14	0.39	1628	المعرفي
0.64	192	يتغيب عن المدرسة				
0.52	157	تندنى علاماته المدرسية				
0.47	140	يتعب عند القيام ببعض المهمات الدراسية				
0.46	139	يعبر عن عدم رغبته في الدراسة				
0.39	116	يعاني من قلة المثابرة				
0.35	106	يعاني من قلة التركيز				

النسبة المئوية للفقرة	مجموع الفقرة (التكرار)	نص الفقرة	عدد الفقرات	النسبة المئوية للبعد	مجموع البعد	البعد
0.35	106	يجد صعوبة في الإجابة عن الأسئلة المعقدة				
0.31	93	يجد صعوبة في تنفيذ التعليمات				
0.29	87	يعاني من قلة الانتباه				
0.26	77	يعاني من صعوبة في التذكر				
0.25	74	يعاني من مشاكل في الكتابة				
0.24	73	يعاني من مشاكل في الحساب				
0.23	70	يعاني من مشاكل في القراءة				
0.61	182	يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية	14	0.38	1582	الاجتماعي
0.53	158	يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين				
0.50	151	يحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه				
0.50	150	يظهر عليه الحرجل				
0.44	132	يعتمد على غيره في قضاء أموره				
0.38	115	يتعاون بشكل بسيط مع الآخرين				
0.36	108	يقوم بسلوك الهدف منه لفت الانتباه				
0.35	105	ينسحب من اللعب الجماعي مع الأطفال				
0.33	100	يجد صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين				
0.31	94	يرتبك في وجود الآخرين				
0.27	82	يتعرض للمضايقة من قبل الأطفال الأصحاء فيما يتعلق بمظاهر مرضه ومضاعفاته				



النسبة المئوية للفقرة	مجموع الفقرات (التكرار)	نص الفقرة	عدد الفقرات	النسبة المئوية للمعد	مجموع الجعد	البعد
0.27	80	يعتدي على الآخرين				
0.24	72	يكره اللعب مع رفاقه المرضى				
0.18	53	يكذب في حديثه				
0.55	166	يظهر عليه التعب والإرهاق	14	0.41	1706	الجسمي
0.53	159	يعاني من تساقط الشعر				
0.51	152	يعاني من أمراض قلة المناعة				
0.50	149	يعاني من اضطراب في الوزن				
0.47	141	يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة				
0.44	133	يعاني من وجود التقرحات				
0.42	124	يشكو من آلام في المفاصل				
0.40	121	يعاني من الغثيان والقيء				
0.36	107	يشكو من آلام في البطن				
0.35	105	يشكو من الصداع				
0.35	105	يعاني من سيلان الأنف				
0.32	97	يعاني من صعوبات في النوم				
0.27	82	يعاني من صعوبات في الحركة				
0.22	65	يعاني من صعوبات في التبول والإخراج				
0.74	221	يفغض بسرعة	14	40-0	1680	النفسى
0.67	200	يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى				
0.62	185	يظهر عليه الملل بسرعة				
0.53	159	يتلقن من التغيرات التي تحصل في جسده				
0.50	149	يعاني من القلق والتوتر				
0.45	136	يكثر السؤال عن مصيره ومستقبله				
0.43	130	يعاني من الحزن والكآبة				

النسبة المئوية للفقرة	مجموع الفقرة (التكرار)	نص الفقرة	عدد الفقرات	النسبة المئوية للبعد	مجموع البعد	البعد
0.42	126	يخاف من الذهاب إلى المستشفى				
0.28	85	يلجأ أحلاماً مزعجة				
0.26	79	يبكي دون سبب واضح				
0.23	70	ينظر إلى الأمور نظرة تشاؤمية				
0.21	64	ثقتة بنفسه ضعيفة				
0.18	54	يقضم أطافره				
0.07	22	يرفض تقبل ما قدره الله عليه				

يظهر من الجدول رقم (6) أن البعد الجسمي حصل على أعلى مجموع للعينة المكونة من (100) طفل (1706) وبنسبة مئوية (0.41)، ثم البعد النفسي و مجموعه (1680) وبنسبة مئوية (0.40)، ثم يليه البعد المعرفي بمجموع (1628) وبنسبة مئوية (0.39)، وأخيراً البعد الاجتماعي بمجموع (1582) وبنسبة مئوية (0.38).

وكانت أعلى الفقرات على البعد المعرفي هي:

1. يضطر لترك المدرسة.
2. يتغيب عن المدرسة.
3. تتدنّى علاماته المدرسية .
4. يتعب عند القيام ببعض المهمات الدراسية.
5. يعبر عن عدم رغبته في الدراسة.

وكذلك كانت أعلى الفقرات على البعد الاجتماعي هي:

1. يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية.
2. يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين.
3. يحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه.
4. يظهر عليه الحرجل.
5. يعتمد على غيره في قضاء أموره.

و أيضا كانت أعلى الفقرات على البعد الجسمي هي:

1. يظهر عليه التعب والإرهاق.
2. يعاني من تساقط الشعر.
3. يعاني من أمراض قلة المناعة.
4. يعاني من اضطراب في الوزن.
5. يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة.

و أخيرا كانت أعلى الفقرات على البعد النفسي هي:

1. يغضب بسرعة .
2. يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى.
3. يظهر عليه الملل بسرعة.
4. يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده.
5. يعاني من القلق والتوتر. ويبدو ذلك واضحا في الجدول رقم (7)

الجدول رقم (7)

توزيع الفقرات كلها تبعا للرتبة و التكرار (المجموع) والنسبة المئوية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	المجموع	النسبة المئوية
1	46	يغضب بسرعة	221	0.74
2	47	يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى	200	0.67
3	4	يضايق لترك المدرسة	198	0.66
4	3	يتغيب عن المدرسة	192	0.64
5	51	يظهر عليه الملل بسرعة	185	0.62
6	27	يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية	182	0.61
7	29	يظهر عليه التعب والإرهاق	166	0.55
8	53	يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده	159	0.53
9	32	يعاني من تساقط الشعر	159	0.53
10	18	يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين	158	0.53

النسبة المئوية	المجموع	نص الفقرة	رقم الفقرة	الرتبة
0.52	157	تدنى علاماته المدرسية	2	11
0.51	152	يعاني من أمراض قلة المناعة	34	12
0.50	151	يحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه	28	13
0.50	150	يظهر عليه الخجل	19	14
0.50	149	يعاني من القلق والتوتر	43	15
0.50	149	يعاني من اضطراب في الوزن	31	16
0.47	141	يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة	35	17
0.47	140	يتعب عند القيام ببعض المهمات الدراسية	5	18
0.46	139	يعبر عن عدم رغبته في الدراسة	1	19
0.45	136	يكثّر السؤال عن مصيره ومستقبله	54	20
0.44	133	يعاني من وجود التقرحات (في الفم وبقية أجزاء الجهاز الهضمي)	36	21
0.44	132	يعتمد على غيره في قضاء أموره	16	22
0.43	130	يعاني من الحزن والكآبة	44	23
0.42	126	يخاف من الذهاب إلى المستشفى	45	24
0.41	124	يشكو من آلام في المفاصل	39	25
0.40	121	يعاني من الغثيان والقيء	33	26
0.39	116	يعاني من قلة المتابعة	7	27
0.38	115	يتعاون بشكل بسيط مع الآخرين	24	28
0.36	108	يقوم بسلوك الهدف منه لفت الانتباه	20	29
0.36	107	يشكو من آلام في البطن	40	30
0.35	106	يجد صعوبة في الإجابة عن الأسئلة المعقدة	11	31
0.35	106	يعاني من قلة التركيز	6	32
0.35	105	ينسحب من اللعب الجماعي مع الأطفال	17	33
0.35	105	يشكو من الصداع	41	34
0.35	105	يعاني من سيلان الأنف	42	35
0.50	100	يجد صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين	15	36

النسبة المئوية	المجموع	نص الفقرة	رقم الفقرة	الرتبة
0.32	97	يعاني من صعوبات في النوم	30	37
0.31	94	يرتبك في وجود الآخرين	21	38
0.31	93	يجد صعوبة في تنفيذ التعليمات	8	39
0.29	87	يعاني من قلة الانتباه	10	40
0.28	85	يحلم أحلاماً مزعجة	48	41
0.27	82	يعاني من صعوبات في الحركة	38	42
0.27	82	يتعرض للمضايقة من قبل الأطفال الأصحاء فيما يتعلق بمظاهر مرضه ومضاعفاته	26	43
0.27	80	يعتدي على الآخرين	22	44
0.26	79	يبكي دون سبب واضح	49	45
0.26	77	يعاني من صعوبة في التذكر	9	46
0.25	74	يعاني من مشاكل في الكتابة	13	47
0.24	73	يعاني من مشاكل في الحساب	14	48
0.24	72	يكره اللعب مع رفاقه المرضى	25	49
0.23	70	ينظر إلى الأمور نظرة تشاؤمية	56	50
0.23	70	يعاني من مشاكل في القراءة	12	51
0.22	65	يعاني من صعوبات في التبول والإخراج	37	52
0.21	64	ثقتة بنفسه ضعيفة	52	53
0.18	54	يقضم أظفاره	50	54
0.18	53	يكذب في حديثه	23	55
0.07	22	يرفض تقبل ما قدره الله عليه	55	56

يظهر من الجدول (7) أن أهم عشر تأثيرات موجودة لدى أطفال مرضى

لوكيميا الدم هي:

1. يغضب بسرعة.
2. يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى.
3. يضطر لترك المدرسة بسبب المرض.

4. يتغيب عن المدرسة.
  5. يظهر عليه الملل بسرعة.
  6. يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية.
  7. يظهر عليه التعب والإرهاق.
  8. يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده.
  9. يعاني من تساقط الشعر.
  10. يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين.
- إضافة إلى تطبيق مقياس التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية فقد تم إجراء دراسة الحالة.
- دراسة الحالة:

ويهدف إثراء المعلومات المتعلقة بالتأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم فقد تم إجراء مقابلات مع عشرة أطفال مرضى لوكيميا الدم وأولياء أمورهم المرافقين لهم (دراسة نوعية) حيث قسمت المعلومات المطلوبة في الدراسة إلى قسمين:

أ. معلومات خاصة بأسرة الطفل المريض:

• المقابلة مع:

1. الأب

2. الأم

3. غير ذلك (يرجى التحديد): .....

• الوالدان:

1. كلاهما على قيد الحياة

2. كلاهما متوفيان

3. الأم فقط على قيد الحياة

4. الأب فقط على قيد الحياة

- هل توجد صلة قرابة بين الزوج والزوجة:
  1. نعم
  2. لا
  3. إذا كانت الإجابة 'نعم' فما هي صلة القرابة:.....
- مهنة الأب:
  1. دون عمل
  2. موظف حكومة
  3. موظف قطاع خاص
  4. غير ذلك
- مهنة الأم:
  1. ربة بيت
  2. موظفة حكومة
  3. موظفة قطاع خاص
  4. غير ذلك
- مستوى تعليم: الأب:..... الأم:.....
- عمر: الأب:..... الأم:.....
- عدد أخوة الطفل الأحياء: الذكور:..... الإناث:..... المجموع:.....
- دخل الأسرة الشهري من كافة المصادر (بالدينار الأردني):.....
- يرافق الطفل إلى المستشفى في معظم الأحيان:
  1. الأب
  2. الأم
  3. الأم أكثر من الأب
  4. الأب أكثر من الأم
  5. كلاهما بشكل متساو

6. غير ذلك (يرجى التحديد): .....
- كيف كانت ردة فعل الأب الأولية عندما شخص الطفل بسرطان الدم ؟  
وكيف تقبل الأمر بعد ذلك؟ .....
  - كيف كانت ردة فعل الأم الأولية عندما شخص الطفل بسرطان الدم ؟  
وكيف تقبلت الأمر بعد ذلك؟ .....
  - هل أصيب أحد أفراد أسرة الطفل بالسرطان قبل إصابة الطفل أو بعدها ؟  
1. نعم  
2. لا
  - هل الترابط الأسري:  
1. أقوى منذ مرض الطفل  
2. بقي بنفس المستوى  
3. أضعف منذ مرض الطفل
  - هل قدم أقارب أسرة الطفل أي مساعدة لكم منذ معرفتهم بمرض الطفل ؟  
1. نعم  
2. لا
- إذا كانت الإجابة 'نعم' فإن طبيعة تلك المساعدة:
1. نفسية
  2. اجتماعية
  3. مادية
4. غير ذلك (يرجى التحديد): .....
- هل قامت الأسرة بالاستعانة بأي أخصائي ؟  
1. نعم  
2. لا
- إذا كانت الإجابة 'نعم' فهل كان ذلك الأخصائي:



1. نفسي
  2. اجتماعي
  3. تربوي
  4. غير ذلك (يرجى التحديد):.....
- ما هي أسباب الاستعانة بالأخصائي؟.....
  - كيف ترى الأسرة المرض:
    1. قضاء وقدرًا.
    2. لماذا نحن.
  - ما مستوى القلق الذي تعاني منه أسرة الطفل نحو طفلها:
    1. بسيط.
    2. متوسط.
    3. شديد.
  - هل تعاني الأسرة من مشاكل في:
    1. نفقات العلاج.
    2. العمل.
    3. المواصلات.
    4. العناية بالأسرة.
    5. التعامل مع الآخرين.
  - ب. معلومات خاصة بالطفل المريض:
    - الجنس:
      1. ذكر
      2. أنثى
    - العمر:

1. (5-أقل من 9سنوات)

2. (9- أقل من 13 سنة )

3. (13 -أقل من 15 سنة)

4. (15 - 18 سنة)

• الصف الملتحق به:.....

• المدرسة:

1. حكومية

2. خاصة

3. غير ذلك

• مكان الإقامة: بالتحديد:.....

1. الوسط (عمان،الزرقاء،السلط.. وما حولها )

2. الشمال (إربد، الرمثا، المفرق... وما حولها )

3. الجنوب (الكرك، الطفيلة، الشوبك، معان، العقبة.. وما حولها )

• ترتيب عمر الطفل التنازلي بين أخوته:.....

• تاريخ التشخيص للمرض (أول مرة):.....

• مكان التشخيص:.....

• هل الطفل مؤمن صحيا لعلاج السرطان:

1. نعم

2. لا

..... إذا كانت الإجابة نعم فمن هي الجهة المؤمنة؟

• ما هي الأعراض الأولية التي ظهرت على الطفل قبل التشخيص؟.....

• هل يعرف الطفل أنه مصاب بالسرطان؟

1. نعم

2. لا

- ماذا يعرف الطفل عن مرضه؟.....
- إذا كان يعرف الطفل حقيقة مرضه فكيف كانت ردة فعله عندما علم بها ؟
  1. الصمت.
  2. الانزعاج.
  3. القلق.
  4. الشك.
  5. الصراخ والبكاء.
  6. غير ذلك (يرجى التحديد):.....
- ما نوع العلاج الذي تعرض له الطفل حتى الآن؟.....
- ما الفترة الزمنية منذ بدء العلاج حتى الآن؟.....
- هل حدثت انتكاسات مرضية:
  1. نعم.
  2. لا.
- إذا كانت الإجابة نعم اذكر عددها وفترةها؟.....
- هل يقوم بعملية زراعة نخاع ؟
  1. نعم
  2. لا
- ما درجة تأثير المرض على حياة الطفل:
  1. يتسبب بضيق شديد
  2. ضيق متوسط
  3. ضيق محدود
  4. لم يتسبب بضيق أبدا
- ما التغيرات الظاهرة التي طرأت على جسمه بسبب العلاج ؟  
.....

- هل يشعر الطفل ب:

1. القلق

2. الخوف

3. الحزن

4. التشاؤم

5. العصبية والتوتر

- هل لدى الطفل أصدقاء ؟

1. نعم

2. لا

إذا كانت الإجابة نعم" فهل تغيرت معاملة أصدقائه له سلبيًا بعد معرفتهم بمرضه:

1. نعم

2. لا

- هل سبق وأن تحدث الطفل عن الموت (العالم الآخر)؟

1. نعم

2. لا

إذا كانت الإجابة نعم" فما الذي كان يقوله عن الموت ؟.....

- هل تغيرت علاقة الطفل:

- بأصدقائه: 1. نعم 2. لا

- بأخوته: 1. نعم 2. لا

- بأسرته وأقاربه: 1. نعم 2. لا

إذا كانت أي من الإجابات نعم".. كيف أصبحت:.....

- هل يذهب إلى المدرسة بدافعية ؟

1. نعم

2. لا

- إذا كانت الإجابة لا فلماذا؟.....
- هل يتغيب عن المدرسة أو أدى ذلك إلى تأخره الدراسي؟.....
  - هل يعاني من أية مشاكل دراسية؟.....
  - هل يفهم المعلمون والطلاب مشاكل هذا الطفل؟.....

وكانت الإجابات على دراسة الحالة المعدة هذه الغاية على النحو التالي:

أ. المعلومات المتعلقة بأسرة الطفل المريض:

- تم إجراء (10) دراسات حالة كانت المقابلة في ثمان منها مع الأم، و واحدة مع الأب، وواحدة مع الحالة نفسها حيث كان كبيرا (17 سنة). وكان الوالدان في جميع الحالات على قيد الحياة. ولم توجد صلة قرابة بين الزوج والزوجة في (6) حالات، و وجدت في (4) حالات حيث كانت صلة القرابة هي أبناء عم أو خال.
- أما مهنة الأب فكان (5) يعملون في قطاع خاص، و (1) حكومة، والباقي دون عمل أحدهم ترك العمل بسبب مرض الابن.
- أما مهنة الأم فكان (9) منهن دون عمل (ربة بيت) و (1) بعمل خاص.
- أما مستوى تعليم الأب فكان (6) منهم الثانوية العامة فما دون و(1)دبلوم و (1)بكالوريوس و (2)دراسات عليا.
- أما مستوى تعليم الأم فكان (5)منهن الثانوية العامة فما دون و (4)دبلوم و (1)بكالوريوس .
- أما أعمار الآباء فكان (3)دون الأربعين، و (5)بين (40-50)، و(2)بين (50-60). أما أعمار الأمهات فكان (9)دون الأربعين، و (1)بين (40-50)
- وكان عدد الأخوة الذكور يتراوح بين: (1) و (3)، و عدد الأخوات الإناث بين (0) و (4)، و مجموع الأخوة ككل يتراوح بين (1) و (6).
- ودخل الأسرة الشهري (5) منهم أقل من 200 دينار، و(3) بين (200-300)، و (1) بين (300-400)، و (1) بين (400-500).

- أما المرافق للطفل إلى المستشفى في معظم الأحيان فكانت الأم دائما (6 حالات)، ثم حائلتان الأم أكثر من الأب، ثم حالة الأب أكثر من الأم، وحالة كلاهما متساو.
- أما بالنسبة لردة الفعل الأولية لدى الأب فقد عبر (4) منهم عن أنها كانت صدمة شديدة ثم التقبل تدريجيا، و(2) منهم الحزن ثم التقبل تدريجيا، و(1) النكران بداية ثم التقبل تدريجيا، و(1) عدم المبالاة، و(1) القبول، و(1) لم يظهر. وقد عبر بعضهم عن الصعوبة الشديدة التي واجهتهم في التقبل مع أن التقبل لديهم كان أسرع من الأمهات.
- أما ردة الفعل الأولية لدى الأمهات فقد عبر (5) منهن عن الصدمة الشديدة ثم تبعها بعد فترة التقبل التدريجي، و(2) النكران، و(1) البكاء، و(1) الحزن، و(1) القبول. وذكرت إحداهن أنه انتابها الغضب الشديد حتى أوشكت على الجنون، وأصابها هبوط ضغط و تعب نفسي و كأنها خسرت شيئا.
- أما عن إصابة أحد أفراد أسرة الطفل بالسرطان قبل إصابة الطفل أو بعدها فقد أجاب (9) منهم بالنفي، و(1) بالإيجاب و أن هذا هو الطفل الثالث و قد توفي أحد أطفاله الثلاثة.
- وبالنسبة للترابط الأسري فقد ذكر (4) منهم أنه أصبح أقوى منذ مرض الطفل، و(5) بقي بنفس المستوى، و(1) أضعف منذ مرض الطفل.
- أما بالنسبة لتقديم الأقارب المساعدة منذ معرفتهم بمرض الطفل فقد أجاب (6) نعم، و(4) لا، وذكر أحدهم أن عددا من الأقارب قدم والآخر استغنى خاصة مع الزمن.
- وكانت هذه المساعدة في الغالب نفسية واجتماعية وقليل منهم المادية وكانت أكثر مساعدة قدمت هي البقاء في المستشفى مع الطفل.
- أما الاستعانة بأخصائي فقط (4) منهم نفسيا واجتماعيا. وكانت أسباب الاستعانة بالأخصائي هي: العصبية الشديدة التي هي بسبب العلاج، والطفل ومرضه الملازم له بالإضافة إلى مرض الأم الشديد، والعمل على تقبل و تحمل العلاجات و البقاء في المستشفى.

- وترى الأسر المرض قضاء وقدرًا، وقد أجاب (5) منهم بأن لديهم قلقًا شديدًا نحو طفلهم، و(4) منهم قلقًا متوسطًا، و(1) قلقًا بسيطًا.
- وتعاني الأسر من مشاكل في: العناية بالأسرة (7)، والمواصلات (4)، والتعامل مع الآخرين (3)، و نفقات العلاج (2)، والعمل (2).

#### ب. المعلومات المتعلقة بالطفل المريض:

- الجنس: (8) ذكور و (2) إناث.
- العمر: (3) بين (5-9) أقل من 9 سنوات، و (5) بين (9-13) أقل من 13 سنة، و (1) بين (13-15) أقل من 15 سنة، و (1) بين (15-18) سنة.
- أما الصفوف الملتحقون بها: (5) السادس فأقل، (3) بين السادس والعاشر، و(1) من المرحلة الثانوية. وكان (5) منهم يدرسون في مدارس خاصة، و(4) في مدارس حكومية، و(1) غير ذلك، وذكر بعضهم أنه لو توفرت لديه النقود لنقل طفله إلى مدرسة خاصة.
- أما مكان الإقامة: (9) منهم في الوسط، و(1) في الشمال.
- وترتيب عمر الطفل التنازلي بين أخوته: الأول (1)، الثاني (5)، الثالث (1)، الرابع (1)، الخامس (1).
- وكان تاريخ التشخيص للمرض لأول مرة: (3) خمس سنوات فأكثر، (5) ثلاث سنوات، (2) أقل من ثلاث سنوات.
- أما مكان التشخيص فكان (9) منهم في القطاع الخاص ومستشفياته، و(1) في مستشفى البشير (حكومي). وكان جميع الأطفال مؤمنين صحيًا لعلاج السرطان على حساب الديوان الملكي (النفقات العامة).
- وبالنسبة للأعراض الأولية التي ظهرت على الطفل قبل التشخيص فقد كانت: الاصفرار والتعب والإرهاق، ألم المفاصل، و بقع على الجلد، و ضعف الدم، وفقدان الشهية، والاستفراغ، وعدم القدرة على المشي، وارتفاع الحرارة الشديد، و ابيضاض الشفتين والأظافر، والإعياء العام، وتدني المستوى الدراسي.

- أما معرفة الطفل بأنه مصاب بالسرطان: (9) نعم، (1) لا. وعبر الأطفال عن الذي يعرفونه عن مرضهم بالعبارات التالية:
- مرض قاتل ومسبب للموت، مرض اللوكيميا، مرض السرطان ويعالج بالكيماوي ويحتاج مدة طويلة ويتعرض للانتكاسة، كان صغيراً في البداية و يظن أن الأهل يعاقبونه بالإبر وكان يقول أنه يتوب ثم بعد ذلك عرف، مرض صعب العلاج ويحتاج مدة طويلة ومصابون كثر مثله وإن صبر فله أجر، داء لعين يأتي بأسعد الأوقات ويأخذك من الأحباب، غير متأكد من أنه سرطان أو لا يعرف أو لا يجب الإظهار.
- وقد كانت ردة فعل الطفل عندما علم بالمرض: (4)الصمت، (3)الانزعاج، (2)الشك، (1)القلق، (1)الصراخ والبكاء، بالإضافة إلى اللامبالاة بعد الصمت، والانزعاج مع بكاء صامت، والامثال إلى أمر الله.
- وبالنسبة لنوع العلاج الذي تعرض له الطفل حتى الآن: (10)كيماوي، (3)أشعة، (2) زراعة النخاع.
- أما الفترة الزمنية منذ بدء العلاج حتى الآن: (3)سنة فأقل، (4) أكثر من سنة حتى ثلاث سنوات، (3) أكثر من خمس سنوات.
- وبالنسبة للانتكاسات المرضية فحدثت لثلاثة منهم انتكسوا أكثر من مرة، وأن أحدهم أنهى العلاج وبقي سنتين دون أثر للمرض ثم رجع له المرض. وكان خمسة منهم يقومون بزراعة النخاع سواء أجريت له أم لم تجر بعد.
- أما درجة تأثير المرض على حياة الطفل فقد تسبب بالضيق الشديد لاثنتين، والضيق المتوسط لسنة، وضيق محدود لواحد، ولم يتسبب بضيق أبداً أيضاً لواحد.
- أما بالنسبة للتغيرات التي طرأت على جسم الطفل بسبب العلاج فهي: تساقط الشعر، ضمور الحركة، الكسل، الانتفاخ، الرغبة في النوم، عزوف عن القراءة والهوايات، ظهور شعر غزير، اختلاف الوزن، الجسم النحيل، تغير لون البشرة، الاصفرار، القيء، ارتفاع الحرارة، الطفح الجلدي، الإعياء.



- وعن شعور الطفل فذكر (7) منهم أنهم يشعرون بالعصبية والتوتر، و(2) التشاؤم، و(1) القلق، و(1) الحزن.
- أما بالنسبة لوجود أصدقاء للطفل فأجاب (7) نعم، (1) لا، (2) لم يجيبوا. وذكر (5) أنه لم تتغير معاملة أصدقائهم لهم في حين ذكر (3) أنه تغيرت معاملة أصدقائهم لهم وأنهم ابتعدوا.
- وعن تحدث الطفل عن الموت (العالم الآخر) أجاب (6) نعم، و(2) لا، و(2) لم يجيبوا.

أما العبارات التي ذكروها فهي:

الاشمزاز، هل سأعيش طويلا؟، هل سأنتقل إلى المنزل الجديد؟، هل الإنسان عندما يموت يشعر بمن حوله، يسأل عنه كأي طفل آخر، يخاف عندما يرى طفلا في المستشفى يموت أو عندما يسأل عن طفل يعرفه فلم يجده فيعرف أنه مات فيسأل هل أنا ساموت مثله أم لا؟، كان يرفض كثيرا أخذ العلاج ويقول: أريد الموت ولا أريد الدواء، يتكلم عن مصير الإنسان إلى الجنة بعد الموت حيث النعيم ويرى من مات قبله من البشر وإن صبر على الألم يحصل على الجنة، أحسن وأريح.

- أما عن تغير علاقة الطفل بمن حوله: بالنسبة للأصدقاء والأخوة والأسرة والأقارب فأجاب معظمهم (7) نعم، و(3) لا، و(2) لم يجيبوا. وذكروا العبارات التالية:

الاهتمام بالأخوة والأصدقاء أكثر والابتعاد عن الأقارب، العدوانية والعصبية والحساسية الزائدة، لا يجب أن يأتي أحد إلى البيت بسبب المرض ويضرب أخوانه، الأقارب يشفقون عليه، مع الأسرة والأقارب ممتازة والجميع يسأل عنه ويدللونه وأخوته يغارون منه، عدوانية وعصبية ويريد كل شيء له، متذبذبة حسب الحالة الصحية، عصبية وتريد أن تثبت أن شعرها طبيعي (أنثى).

- وبالنسبة لذهاب الطفل إلى المدرسة بدافعية فأجاب (3) نعم، و(5) لا، و(2) لم يجيبوا.

- وكانت أسباب الذين لا يجدون الدافعية للذهاب إلى المدرسة هي:  
أريد أن أذهب عندما ينتهي العلاج كاملا بعد الزراعة، التغيب سنة بسبب الزراعة، يجب اللعب وتعود عليه، حسب الوضع المرضي، لأنه كسول ولا يجب العمل والصحو المبكر وتعود عدم الذهاب، نعم وخاصة عندما عاد له المرض.
- أما بالنسبة لتغيبه عن المدرسة وتأدية ذلك إلى تأخره الدراسي:  
فأكد معظم أنهم تغيبوا لفترات لا تقل عن فصل دراسي والآخر سنة أو أكثر حتى أنه أصبح لا يميل للمدرسة لأنه تأخر عن أصدقائه في المدرسة، وأن ذلك بسبب الملل بسرعة وعدم الحفظ وعدم حب الدراسة، وإعادة السنة الدراسية.
- أما المشاكل الدراسية التي يعاني منها الطفل فذكروا عبارات هي:  
قلة الوقت والتعب وعدم القدرة على الكتابة، نسيان الأحرف والقراءة والكتابة، عدم القدرة على الكتابة بسبب مفاصل اليدين والأصابع الضعيفة، التعب والإرهاق.
- وأخيرا بالنسبة لتفهم المعلمين والطلاب لمشاكل الطفل:  
فذكر عدد منهم أنه يوجد تفهم وخاصة تقديم امتحان التوجيهي في المستشفى، المعلمون نعم أما الطلاب فيوجهون له بعض الكلمات السيئة والشتم بسبب الكرش والصلع، عدم تعاون بعض مديرات المدارس بالنسبة لأيام الغياب وعددها وبالتالي حرمان الطالب من العام الدراسي كاملا لتجاوزه فترة الغياب.

#### • مناقشة النتائج:

- المقياس (الاستبانة):

- لقد أشارت نتائج الدراسة المتعلقة بالسؤال الأول وهو: ما التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن؟
- أن البعد الجسمي قد حصل على أعلى مجموع (1706) وبنسبة مئوية (0.41)، ثم البعد النفسي ومجموعه (1680) وبنسبة مئوية (0.40)، ثم يليه البعد المعرفي بمجموع (1628) وبنسبة مئوية (0.39)، وأخيرا البعد الاجتماعي بمجموع (1582) وبنسبة مئوية (0.38).

وهكذا تؤكد النتائج السابقة أن مرض لو كيميا الدم (سرطان الطفولة) عضوي يؤثر بداية وبشكل واضح على صحة الطفل وعلى أجزاء جسمه المختلفة، ثم يتبع هذا التأثير العضوي تأثير على نفسية الطفل التي تكون قد تأثرت بسبب الأعراض الجانبية للمرض والعلاج المستخدم، ومن ثم يتبع ذلك تأثير على دراسته وتحصيله المعرفي، التي حدثت نتيجة لاجتماع الآثار الجسمية والنفسية لدى الطفل المريض، وأخيرا التأثير الأقل على النواحي الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى الثقافة والعادات الاجتماعية الإسلامية والعربية التي تحث على التعاون والتعاطف وتقدم الكثير من ألوان الدعم للطفل وأسرته.

وكان ترتيب الفقرات على البعد الجسمي تنازليا من حيث الأهمية (المجموع) هو:

1. يظهر عليه التعب والإرهاق.
2. يعاني من تساقط الشعر.
3. يعاني من أمراض قلة المناعة.
4. يعاني من اضطراب في الوزن.
5. يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة.

هذه الآثار التي تبدو على أطفال مرضى لو كيميا الدم ناتجة بداية عن المرض الذي يصيب النخاع الذي هو مصنع كريات الدم، وكذلك من العلاجات المختلفة التي يتعرضون لها من علاج كيميائي وأشعة و زراعة نخاع، وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من:

(أبو السنديس، 2002) وبهرمان (Behrman, et, al., 2000) وفيبس (Phipps,1994) وفان دونجن - ملمان وساندرز - وودسترا (Van Dongin - Melman and Sanders - Woudstra, 1986).

أما على مستوى البعد النفسي فكان ترتيب الفقرات تنازليا من حيث المجموع هو:

1. يغضب بسرعة.
2. يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى.
3. يظهر عليه الملل بسرعة.
4. يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده.

## 5. يعاني من القلق والتوتر.

ويمكن تفسير ذلك بأن المعالجة الكيماوية قد تتدخل في بعض وظائف الجهاز المركزي (الدماغ) مسببة تعباً وتشويشاً مما يؤدي إلى الغضب والانفعال السريع، وبسبب المرض نفسه والإجراءات العلاجية المختلفة التي تتطلب مراجعة دورية للمستشفى لا تقل عن (3) سنوات وربما تصل إلى (7) سنوات، وأيضاً تتطلب دخولاً متكرراً للمستشفى قد يبقى الطفل مائتاً فيه على السرير وربما في غرفة العزل عند زراعة النخاع مدة شهرين أو أكثر، يشعر الطفل أثناءها بالضيق بسبب بقاءه في المستشفى، وكذلك بالملل، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه كل من: (الشمالية، 1994) و(ملكاوي، 1998) و(أبو السندس، 2002). كذلك يؤدي تساقط الشعر واضطراب الوزن وانفخاخ الوجه والتعب والإرهاق وطول بقاءه بالمستشفى إلى وجود القلق والتوتر والتفكير بما آلت إليه حالته، وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من: (الشمالية، 1994) و(الخطيب وعوض والصالح، 2003) و(أبو السندس، 2002) و(رضوان، 1994) و(لانسكي-ريتر (Lansky & Ritter, 1986)).

ولم يتفق ذلك مع خولر ((Kholer, 1996) الذي أشار إلى أن ردود الفعل نحو هذا المرض المزمن الذي يصيب الطفل ليست سلبية بالضرورة في كل الحالات. فهناك نفس المقدار من السعادة والرفقة مع الطفل المريض كما هي مع الطفل السليم، وهناك أيضاً أمثلة عديدة لأطفال مرضى بأمراض مزمنة، جلبوا تجارب إيجابية لأهلهم وأقاربهم، مما قوى علاقاتهم الأسرية وعمقها، ولا بد من الإشارة إلى أنه حتى في أكثر الأطفال إعاقة ومرضا هناك ما يزال إنسان يفكر ويشعر ويتأثر.

أما على مستوى البعد المعرفي فكان ترتيب الفقرات تنازلياً من حيث المجموع هو:

1. يضطر لترك المدرسة بسبب المرض.
2. يتغيب عن المدرسة.
3. تتدنّى علاماته المدرسية بعد إصابته بالمرض.
4. يتعب عند القيام ببعض المهمات الدراسية.
5. يعبر عن عدم رغبته في الدراسة.

ويمكن تفسير ذلك بأن عملية تشخيص المرض المزمن وعلاجه تتطلب زيارات متكررة للمستشفى ولفترات طويلة، مما يبعد الطفل عن مدرسته وأصدقائه المقربين، وعندما يتمكن من العودة إلى المدرسة تكون قد حصلت تغيرات جسمية ونفسية، قد تجعله يشعر بالغيرة والبعد عن أصدقائه، كما أن عليه أن يلحق بالواجبات المدرسية ويتعلم ما تعلمه رفاقه من دروس مما يضعه تحت ضغط شديد وصراع متواصل. وفي بعض الحالات قد لا يرغب أصدقائه به لأنهم أن المرض معد، وأكثر ما يزعج الطفل هو كيف يجيب عن أسئلة أصدقائه المزعجة حول تساقط شعره، أو تغير لونه، أو نحوه جسمه، أو غيابه الطويل. إن خصوصية وضع الطفل المريض بمرض مزمن وما يظهر عليه من أعراض المرض والتعب والإرهاق وعدم قدرته على القيام بالمهام الدراسية كالطلبة العاديين أحيانا تضع الطفل في صعوبات على المستوى النفسي والاجتماعي وربما الأكاديمي، فرمما يخرج من أوضاع جسمه غير المنتظمة مما يؤدي إلى تدني علاماته المدرسية وعدم رغبته بالدراسة وربما تركه الدراسة حيث تراوح غياب أطفال عينة الدراسة بين فصل دراسي وثلاث سنوات وبعضهم ترك المدرسة بشكل نهائي ولم تعد من أولوياته. وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من: (الشمائلة، 1994) و ماكس دوجال (McDougal, 1997) وهوسكينغ وبياول (Hosking & Powell, 1985) ولم يتفق مع دراسة (أبو السندس، 2002). كما يقال أن هناك تأثيراً على حاصل نسبة الذكاء لديهم (I.Q) قد يؤدي إلى نقصانه، وخاصة إذا استمر المرض معه لفترة طويلة. (Mulhern, 1994)

وكذلك أشارت مادان-سوين (Madan-Swain, 1993) إلى أن لدى أطفال مرضى السرطان المعالجين صعوبات في القدرات المفاهيمية العليا، ووظائف التذكر، والتأخر البصري البياني، والمهارات الدقيقة، وقد يكون لدى بعضهم ضعف انتباه، واضطراب زيادة النشاط ((ADHD)، وتأثيرات على التركيز لديهم.

وأشار آرمسترونج وهورن (Armstrong & Horn, 1995) إلى وجود تأثيرات جانبية للعلاجات الكيميائية مهمة في عملية تعلمهم، مثل: الإرهاق، تناقص الطاقة لديهم.

وكذلك أكد براون (Brown,1996) على أن من يتعرض من هؤلاء الأطفال لعلاجات تخفف الأعصاب قد أثر ذلك على دراستهم، تهجنتهم، قراءتهم. كما قالت كازاك ( Kazak,1994) أن بعض من يتعالجون للسرطان قد يسقطون في الدراسة أثناء العلاج، وتكون لديهم قوة محدودة، وخاصة إذا تم إهمال بعضهم ممن يحتاجون لخدمات أخرى كعلاج طبيعي، طبي، نطق، خدمات تعليمية وغيرها، فيحتاجون إلى برامج تدريس خاصة.

كما أشارت لانسكي و ريتز ( Lansky & Ritter,1986) إلى تجارب لمدارس خاصة بأطفال لوكيميا الدم عاجلت مشاكلهم، وتم تدريسهم مع بعضهم، مما جعل ذلك يعد من مشاكلهم الاجتماعية وهم يرون أطفالا مشابهين لهم في التأثيرات الجانبية للعلاج، وفي الصعوبات المختلفة من: سقوط الشعر، الانتفاخ، الغثيان والقيء، الإرهاق، القلق، الخوف.

وأما على مستوى البعد الاجتماعي فكان ترتيب الفقرات تنازليا من حيث المجموع هو:

1. يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية.
2. يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين.
3. يحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه.
4. يظهر عليه الخجل.
5. يعتمد على غيره في قضاء أموره.

ويمكن تفسير ذلك بأن الآثار الجانبية للعلاج يمكن أن تجعل الطفل يشعر دائما بأنه مختلف عن غيره من الأطفال، ويمكن أن ينتج عن ذلك نقص في الثقة بالنفس، وبالتالي يمكن أن يلجأ الطفل للانسحاب من الرفاق، والخوف من الذهاب إلى المدرسة، وبذلك يتأثر التكيف العاطفي والاجتماعي عند الطفل، ويقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية، ويحاول إخفاء حقيقة مرضه عن أصدقائه، ويظهر عليه الخجل ويتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين، وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من: (ملكواوي، 199) وسبرتو وستارك وكوييلا و دريجان و اندروكيتس وهوت

(Spiritpo, Stark, Cobiella, Drigan, Androkites, and Hewett, 1990) وماكدوجال (McDougal,1997) وكوشر (Koosher,1980) وفان دونجمن ( Van Clunies-Ross and (Dongin & et al, 1986 وكولنيس-روس و لاندسداون (Landsdown,1988).

ولم يتفق ذلك مع نول و لوري وبكوسكي و روجوش وكلكارني ( Noll, Leory, Bukwsky, Rogosh, and Kulkami,1991)، حيث أشاروا إلى أن هؤلاء الأطفال المرضى يملكون سمعة اجتماعية أكثر من العزلة الاجتماعية، وليس هناك اختلافات كبيرة بالنسبة لشعبيتهم، وعدد الأصدقاء، والوحدة مقارنة بالطلبة العاديين. ونتيجة للاهتمام الزائد من قبل الأسرة والأقارب والأصدقاء قد يتطور لدى الطفل المريض نوع من الاتكال والاعتماد على الغير كما أشار إلى ذلك ماكدوجال (McDougal,1997).

أما عند النظر إلى فقرات المقياس ككل دون النظر إلى تبعيتها إلى البعد فيظهر من الجدول (7) أن أهم عشر خصائص موجودة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم هي:

1. يغضب بسرعة.
2. يشعر بالضيق أثناء بقاءه في المستشفى.
3. يضطر لترك المدرسة بسبب المرض.
4. يتغيب عن المدرسة.
5. يظهر عليه الملل بسرعة.
6. يقلل من مشاركته في الأنشطة المدرسية.
7. يظهر عليه التعب والإرهاق.
8. يقلق من التغيرات التي تحصل في جسده.
9. يعاني من تساقط الشعر.
10. يتجنب الحديث عن مشاكله مع الآخرين.

يؤكد ذلك على أن الغضب و الانفعال بسرعة، والصين، والتغيب وترك المدرسة، والملل، والتعب والإرهاق، والقلق من أهم خصائص أطفال مرضى لوكيميا الدم، كما أشارت إلى ذلك العديد من الدراسات، مثل: (الشمالية، 1994) و (الخطيب و عوض والصالحي، 2003) و (أبو السندس، 2002)، و ماكس و جال (McDougal, 1997) و آرمسترونج و هورن (( Armstrong & Horn, 1995) و براون (Brown, 1996)، و لانسكي و ريتز (> Lansky & Ritter, 1986)

#### • دراسة الحالة:

وبهدف إثراء المعلومات المتعلقة بالتأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم فقد تم إجراء مقابلات مع عشرة أطفال مرضى لوكيميا الدم و أولياء أمورهم المرافقين لهم (دراسة نوعية).

#### أ. مناقشة النتائج المتعلقة بأسرة الطفل المريض:

- تم إجراء (10) دراسات حالة كانت المقابلة في ثمان منها مع الأم، و واحدة مع الأب، و واحدة مع الطفل نفسه حيث كان كبيراً (17 سنة)، و المرافق للطفل إلى المستشفى في معظم الأحيان الأم، و قليل منها الأب. مما يشير إلى أن الأم هي الأكثر معاشية و مرافقة للطفل المريض كما أكد على ذلك دراسة (أبو السندس، 2002).
- وكان الوالدان في جميع الحالات على قيد الحياة. و لم توجد صلة قرابة بين الزوج و الزوجة في (6) حالات، و وجدت في (4) حالات حيث كانت صلة القرابة هي أبناء عم أو خال، مما يشير إلى أن المرض ليس له علاقة كبيرة بزواج الأقارب.
- أما مهنة الأب فكان (5) يعملون في قطاع خاص، و (1) حكومة، و الباقي دون عمل أحدهم ترك العمل بسبب مرض الابن. أما مهنة الأم فكان (9) منهن دون عمل (ربة بيت) و (1) يعمل خاص، مما يؤكد على أن أسرة الطفل المريض قد تتأثر بسبب مرضه كما أشار إلى ذلك كل من: (أبو السندس، 2002) و (رضوان، 1994).



- أما مستوى تعليم الأب و الأم فكان نصفهم تقريبا الثانوية العامة فما دون، وكانت الأمهات اللواتي يحملن شهادة الدبلوم أكثر من الآباء، و أما الآباء فقد كانوا يحملون شهادة البكالوريوس أو الدراسات العليا أكثر من الأمهات.
- أما أعمار الآباء فكان النصف بين (50-40) أي متوسطي العمر، و (3) دون الأربعين، و(2) بين (60-50). أما أعمار الأمهات فكان كلهن عدا واحدة دون الأربعين أي متوسطات في العمر.
- وكان عدد الأخوة الذكور يتراوح بين: (1) و (3)، و عدد الأخوات الإناث بين (0) و (4)، و مجموع الأخوة ككل يتراوح بين (1) و(6)، أي أن أسرهم في الغالب كانت متوسطة العدد.
- ودخل الأسرة الشهري، فكان نصفهم أقل من (200) دينار، و(3) بين (300-200)، واثنا فقط فوق (300) دينار، مما يؤكد على الصعوبات الاقتصادية الكبيرة التي يواجهها أولياء الأمور مضيفة عليهم أعباء جديدة غير الأعباء المرضية للطفل وآثارها كما أشارت إلى ذلك (ملكاوي، 1998).
- أما بالنسبة لردة الفعل الأولية لدى الأب فقد بدا على نصفهم الصدمة شديدة، وبعضهم الحزن، وأحدهم النكران، وآخر عدم المبالاة، وآخر القبول، وآخرهم لم يظهر. وقد عبر بعضهم عن الصعوبة الشديدة التي واجهتهم في التقبل مع أن التقبل التدريجي لديهم كان أسرع من الأمهات.
- أما ردة الفعل الأولية لدى الأمهات فقد عبر نصفهن عن الصدمة الشديدة، واثنتان النكران، وواحدة قامت بالبكاء، و أخرى الحزن، و واحدة القبول. و ذكرت إحداهن أنه انتابها الغضب الشديد حتى أوشتت على الجنون، وأصابها هبوط ضغط و تعب نفسي و كأنها خسرت شيئا.
- أما عن إصابة أحد أفراد أسرة الطفل بالسرطان قبل إصابة الطفل أو بعدها فقد أجاب بالنفي كلهم عدا أحدهم الذي ذكر أن هذا هو الطفل الثالث و قد توفي أحد أطفاله الثلاثة، مما يؤكد أن المرض لا ينتقل بالوراثة أو بالعدوى كما أشار إلى ذلك (مدانات، 2005).

- وبالنسبة للترابط الأسري فقد ذكر نصفهم أنه بقي بنفس المستوى، و ذكر أربعة منهم أنه أصبح أقوى منذ مرض الطفل، و واحد فقط ذكر أن العلاقة أصبحت أضعف منذ مرض الطفل، مما يعزز القول أن الترابط الأسري ما زال بحمد الله في مجتمعاتنا قويا بسبب إيمان الوالدين أن هذا المرض قضاء وقدر.
- أما بالنسبة لتقديم الأقارب المساعدة منذ معرفتهم بمرض الطفل، فقد أجاب أكثر من نصفهم (نعم)، وأربعة منهم (لا)، وذكر أحدهم أن عددا من الأقارب قدم والآخر استغنى خاصة مع الزمن. وكانت هذه المساعدة في الغالب نفسية واجتماعية بتقديم المواساة، وقليل منها المادية، وكانت أكثر مساعدة قدمت هي البقاء في المستشفى مع الطفل، مما يدعو إلى ضرورة التأكيد على الدعم الاجتماعي لوالدي الطفل المصاب.
- أما الاستعانة بأخصائي فقد استعان أربعة منهم فقط نفسيا واجتماعيا. وكانت أسباب الاستعانة بالأخصائي هي: العصبية الشديدة لدى الطفل المصاب التي هي بسبب العلاج، والطفل ومرضه الملازم له بالإضافة إلى مرض الأم الشديد المصاحب، والعمل على تقبل وتحمل العلاجات و البقاء في المستشفى، مما يؤكد على ضرورة وجود الأخصائي الاجتماعي والتربوي في المستشفيات.
- وترى جميع الأسر المرض قضاء وقدرًا، وهذا راجع إلى الالتزام بالتعاليم الدينية (الدعم الروحي) وهو من أهم أنواع الدعم لأسر الأطفال المصابين بالمرض، وقد أجاب نصفهم بأن لديهم قلقًا شديدًا نحو طفلهم، وأربعة منهم قلقًا متوسطًا، و واحد قلقًا بسيطًا، كما أشار إلى ذلك (رضوان، 1994).
- وتعاني الأسر من مشاكل أهمها: العناية بالأسرة، ثم تليها المواصلات و خصوصا سكان الجنوب والشمال، ثم التعامل مع الآخرين، ثم نفقات العلاج، ثم العمل، كما أشار إلى ذلك كل من: (رضوان، 1994) وفان دونجن-ملمان و ساندردز-وودسترا (Van Dongen-Melman and Sanders-Woudstra, 1986).

## ب. مناقشة النتائج المتعلقة بالطفل المريض:

- الجنس: ثمانية من الذكور و اثنتان من الإناث، مما يشير إلى موافقتها إلى الإحصائيات العالمية والمحلية من أن المرض يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- العمر: ثلاثة منهم بين (5-أقل من 9 سنوات )، و نصفهم بين (9-أقل من 13 سنة )، و واحد بين (13-أقل من 15 سنة )، و آخر بين (15-18 سنة )، ويؤكد ذلك أن المرض يصيب الأطفال صغار السن أكثر ممن هم فوق (13) عاما كما أشارت إلى ذلك الإحصائيات و لقبته بسرطان الطفولة.
- أما الصفوف الملتحقون بها: نصفهم أقل من السادس، و ثلاثة بين السادس والعاشر، و واحد فقط من المرحلة الثانوية، مؤكداً على ضرورة الاهتمام بأطفال المرحلة الأساسية في المدارس لأنهم هم الأكثر إصابة بسرطان الطفولة. نصفهم يدرسون في مدارس خاصة، و أربعة في مدارس حكومية، و واحد غير ذلك، و ذكر بعض الآباء ممن يدرس أطفالهم في مدارس حكومية أنه لو توفرت لديه التقود لنقل طفله إلى مدرسة خاصة لأنها تراعي طفله وتهتم به و تأخذ حاجته الخاصة بعين الاعتبار.
- أما مكان الإقامة: فكان كلهم في الوسط عدا واحدا من سكان الشمال، موافقا بذلك إحصاءات السجل الوطني للسرطان.
- و ترتيب عمر الطفل التنازلي بين أخوته: فكان معظمهم بين الثاني و الثالث .
- وكان تاريخ التشخيص للمرض لأول مرة: فكان نصفهم ثلاث سنوات، و ثلاثة منهم خمس سنوات فأكثر، و اثنان أقل من ثلاث سنوات، مما يشير إلى أن هذا المرض يحتاج إلى فترات علاج طويلة.
- أما مكان التشخيص فكان كلهم في القطاع الخاص ومستشفياته عدا واحدا في مستشفى البشير (حكومي)، مما يشير إلى توجه الآباء إلى القطاع الخاص الطبي. و كان جميع الأطفال مؤمنين صحيا لعلاج السرطان على حساب السديوان الملكي (النفقات العامة)، مما يشير إلى تقدم التشريعات الصحية الخاصة بعلاج سرطانات الأطفال.

- وبالنسبة لأهم الأعراض الأولية التي ظهرت على الطفل قبل التشخيص فقد كانت:  
الاصفرار والتعب والإرهاق، وآلم المفاصل، وبقع على الجلد، و ضعف الدم، وفقدان الشهية، والاستفراغ، وعدم القدرة على المشي، وارتفاع الحرارة الشديد، و ابيضاض الشفتين والأظافر، والإعياء العام، وتدني المستوى الدراسي.
- أما معرفة الطفل بأنه مصاب بالسرطان: فكان كلهم يعرفون عدا واحدا. وعبر الأطفال عن الذي يعرفونه عن مرضهم بقولهم إنه: مرض قاتل ومسبب للموت، مرض اللوكيميا، مرض السرطان ويعالج بالكيماوي ويحتاج مدة طويلة وقد يتعرض الشخص للانتكاسة، الطفل كان صغيرا في البداية ويظن أن الأهل يعاقبونه بالإبر وكان يقول أنه يتوب ثم بعد ذلك عرف أنه اللوكيميا، مرض صعب العلاج ويحتاج مدة طويلة ومصابون كثير مثله وإن صبر فله أجر، داء لعين يأتي باسعد الأوقات ويأخذك من الأحباب، غير متأكد من أنه سرطان أو لا يعرف أو لا يجب الإظهار.
- وقد كانت ردة فعل الطفل عندما علم بالمرض: أربعة منهم الصمت، وثلاثة الانزعاج، واثنان الشك، وواحد القلق، وواحد الصراخ والبكاء، بالإضافة إلى اللامبالاة بعد الصمت، والانزعاج مع بكاء صامت، والامتثال إلى أمر الله، مما يؤكد على أن الأطفال الصغار قد لا يعون حقيقة المرض.
- وبالنسبة لنوع العلاج الذي تعرض له الطفل حتى الآن: كلهم تعرض للكيماوي، و ثلاثة للأشعة، واثنان لزراعة النخاع، مما يشير إلى أن جميع الأطفال يتعرضون للعلاج الكيماوي الذي قد يترك آثارا جانبية على الطفل المريض.
- أما الفترة الزمنية منذ بدء العلاج حتى الآن: ثلاثة منهم سنة فأقل، و أربعة أكثر من سنة حتى ثلاث سنوات، و ثلاثة أكثر من خمس سنوات.
- وبالنسبة للانتكاسات المرضية فحدثت لثلاثة منهم أنتكسوا أكثر من مرة، وأن أحدهم أنهى العلاج وبقي سنتين دون أثر للمرض ثم رجع له المرض. و كان

خمسة منهم يقومون بزراعة النخاع سواء أجريت له أو لم تجر بعد، مما يشير أيضا إلى أن من الصعوبات الصحية والنفسية والأكاديمية الإضافية التي قد يتعرض لها الأطفال المصابون هي ما يسمى بالانتكاسة المرضية وهي عبارة عن رجوع الخلايا السرطانية بعد فترة سكون، مما يضطر الأطباء للبحث عن علاجات أخرى قد تكون أكثر إيلاما للطفل المريض.

- أما درجة تأثير المرض على حياة الطفل فقد تسبب بالضيق الشديد لاثنين، والضيق المتوسط لسته، وضيق محدود لواحد، ولم يتسبب بضيق أبدا أيضا لواحد، مما يؤكد على الآثار النفسية الكبيرة لهذا المرض وعلاجه.
- أما بالنسبة لأهم التغيرات التي طرأت على جسم الطفل بسبب العلاج فهي: تساقط الشعر، ضمور الحركة، الكسل، الانتفاخ، الرغبة في النوم، عزوف عن القراءة والهوايات، ظهور شعر غزير، اختلاف الوزن، الجسم النحيل، تغير لون البشرة، الاصفرار، القيء، ارتفاع الحرارة، الطفح الجلدي، الإعياء، موافقا للدراسات المختلفة، مثل: دراسة (الشمايلة، 1994)، و فيبس (Phipps,1994).

- وعن شعور الطفل فذكر سبعة منهم أنهم يشعرون بالعصبية والتوتر، واثنان بالتشاؤم، وواحد بالقلق، و واحد بالحزن.
  - أما بالنسبة لوجود أصدقاء للطفل فأجاب سبعة منهم (نعم)، وواحد (لا)، واثنان لم يجيبوا. وذكر نصفهم أنه لم تتغير معاملة أصدقائهم لهم، في حين ذكر ثلاثة أنه تغيرت معاملة أصدقائهم لهم وأنهم ابتعدوا، مما يشير إلى وجود الدعم الاجتماعي.
  - وعن تحدث الطفل عن الموت (العالم الآخر) أجاب ستة منهم (نعم)، واثنان (لا)، واثنان لم يجيبوا.
- أما العبارات التي ذكروها فهي:

الاشمزاز، هل سأعيش طويلا؟، هل سأنتقل إلى المنزل الجديد؟، هل الإنسان عندما يموت يشعر بمن حوله، يسأل عنه كأي طفل آخر، يخاف عندما يرى طفلا في المستشفى يموت أو عندما يسأل عن طفل يعرفه فلم يجده فيعرف أنه مات

فيسأل هل أنا ساموت مثله أم لا ؟، كان يرفض كثيرا أخذ العلاج ويقول: أريد الموت ولا أريد الدواء، يتكلم عن مصير الإنسان إلى الجنة بعد الموت حيث النعيم ويرى من مات قبله من البشر وإن صبر على الألم يحصل على الجنة، أحسن وأريح.

حيث يتبين أن مفهوم الموت لدى هؤلاء الأطفال مختلف تبعا للحالة التي يعيشها الطفل وأسرته فهي ما بين التشاؤم والتفاؤل و الجهل بحقيقة الموت حسب عمر الطفل كما أشارت إلى ذلك دراسة كلونس- روس و لاندسداون (Chunies-Ross and Landsdown,1988)، لكن الفرق بسبب اختلاف المعتقدات الدينية ومفهوم اليوم الآخر وأن الموت ليس النهاية، ووجود الجنة والحياة الفضلى.

- أما عن تغير علاقة الطفل بمن حوله: بالنسبة للأصدقاء والأخوة والأسرة والأقارب فأجاب معظمهم (نعم)، وثلاثة (لا)، واثنان لم يجيبوا. وذكروا العبارات التالية:

أصبح الاهتمام بالأخوة والأصدقاء أكثر والابتعاد عن الأقارب، وكذلك العدوانية والعصبية والحساسية الزائدة، لا يجب أن يأتي أحد إلى البيت بسبب المرض ويضرب إخوته، الأقارب يشفقون عليه، مع الأسرة والأقارب ممتازة والجميع يسأل عنه ويدللونه وأخوته يغارون منه، عدوانية وعصبية ويريد كل شيء له، متذبذبة حسب الحالة الصحية، عصبية وتريد أن تثبت أن شعرها طبيعي (أنثى)؛ مما يشير إلى تذبذب حالته حسب وضعه الصحي ونوع العلاج المقدم له في ذلك الحين حتى وإن كان علاجا كيمياويا فهناك أنواع مختلفة منه، وكذلك قد يرتبط بعمر الطفل وجنسه حيث تتأثر الإناث بشكل أكبر، وأيضا حسب تعامل المحيطين بالطفل.

- وبالنسبة للذهاب الطفل إلى المدرسة بدافعية فأجاب نصفهم (لا)، و ثلاثة (نعم)، واثنان لم يجيبوا.

وكانت أسباب الذين لا يجدون الدافعية للذهاب إلى المدرسة هي:

أريد أن أذهب عندما ينتهي العلاج كاملا بعد الزراعة، لأنني تغيبت سنة بسبب الزراعة، يجب اللعب وتعود عليه، حسب الوضع المرضي، لأنه كسول ولا يجب العمل والصحو المبكر وتعود عدم الذهاب، نعم لا يجب الذهاب للمدرسة وخاصة عندما عاد له المرض.

كما يشير إلى تأثير المرض الكبير على تحصيل أطفال مرضى لوكيميا الدم كما أكد على ذلك سيد و واترز و كوستز وستفن (Said, Waters, Cousens, and Steven, 1989).

- أما بالنسبة لتغيبه عن المدرسة وتأدية ذلك إلى تأخره الدراسي: فأكد معظم أنهم تغيبوا لفترات لا تقل عن فصل دراسي وآخر سنة أو أكثر حتى أنه أصبح لا يميل للمدرسة لأنه تأخر عن أصدقائه في المدرسة، وأن ذلك بسبب الملل بسرعة وعدم الحفظ وعدم حب الدراسة، وإعادة السنة الدراسية.

مؤكدين على وجود عوامل كثيرة قد تكون أدت إلى هذا الأثر السلبي سواء كانت من المرض نفسه، أو آثار العلاج الجانبية، أو العادات التي قد تعود عليها الطفل أثناء بداية العلاج المكثف أو العزل أو الزراعة، أو بسبب البعد الاجتماعي، أو بسبب عدم وجود تشريعات في وزارة التربية (المدارس) تراعي ظروفهم واحتياجاتهم.

- أما أهم المشاكل الدراسية التي يعاني منها الأطفال فذكروا عبارات هي: قلة الوقت المتوفر، والتعب وعدم القدرة على الكتابة، نسيان الأحرف والقراءة والكتابة، عدم القدرة على الكتابة بسبب مفاصل اليدين والأصابع الضعيفة، التعب والإرهاق.

و أكد معظم أنهم تغيبوا لفترات لا تقل عن فصل دراسي، وأحدهم سنة أو أكثر حتى أنه أصبح لا يميل للمدرسة لأنه تأخر عن أصدقائه في المدرسة، و أيضا بسبب الملل، و عدم الحفظ، و عدم حب الدراسة، و لأنه أعاد السنة الدراسية.

كما أشار إلى ذلك كل من: ملهون (1994، Mulhern) و مادان-سوين (Madan، Swain، 1993)، وأرمسترونج و هورن (Armstrong & Horn، 1995) وبراون (Brown، 1996) وكازاك (Kazak، 1994).

- وأخيراً بالنسبة لتفهم المعلمين والطلاب لمشاكل الطفل فذكر عدد منهم أنه: يوجد تفهم خاص بطلبة التوجيهي فقط حيث يستطيعون أن يقدموا في المستشفى، المعلمون نعم أما الطلاب فيوجهون لهم بعض الكلمات السيئة والشتم بسبب الكرش والصلع، عدم تعاون بعض مديرات المدارس بالنسبة لأيام الغياب وعددها وبالتالي حرمان الطالب من العام الدراسي كاملاً لتجاوزه فترة الغياب (وذلك بسبب عدم وجود تعليمات لدى المديرين تراعي ظروفهم). مما يدعو إلى وجود تشريعات تربوية تراعي ظروفهم الخاصة كثمة من ذوي الحاجات الخاصة.

وقد بحثت الدراسة علاقة التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن ببعض المتغيرات (الجنس، العمر، طول فترة العلاج، مكان الإقامة و مستوى تعليم الوالدين). وذلك من خلال طرح بعض الأسئلة:

فقد أشارت نتائج اختبار (ت) فيما يتعلق بالسؤال الثاني وهو:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير الجنس؟
- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير الجنس، وهذه النتيجة تنفق و دراسة (الشمائلة، 1994)، ولا تنفق و دراسة (أبوعدان، 2002) الذي أشار إلى أن الاكتئاب لدى مرضى السرطان من الإناث فوق (17) عاماً أعلى من الذكور. ويمكن تفسير ذلك إلى أن الأطفال (الذكور و الإناث) من فئة طلاب المدارس يتعرضون لظروف متشابهة، و يؤثر المرض وعلاجه عليهم بشكل مشابه.

كما أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي فيما يتعلق بالسؤال الثالث وهو:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير العمر؟



أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير العمر.

وهذه النتيجة تتفق ودراسة (الشمائلة، 1994)، ولا تتفق ودراسة (أبو قعدان، 2002) الذي أشار إلى أن الاكتئاب لدى صغار السن (25-17) سنة أعلى ممن هم أعمارهم (64-26) أو (64 فأعلى). ويمكن تفسير ذلك إلى وجود قواسم مشتركة بين الفئات العمرية المختلفة من أطفال المدارس المصابين بالوكيميا تجعل خصائصهم متشابهة، وأنهم يتعرضون إلى ظروف متشابهة من: كيميائي، ومبيت بالمستشفى، والبقاء في غرف العزل، وعدم الذهاب إلى المدارس لفترات طويلة، وفي هذه الدراسة تم الاهتمام بفئة طلاب المدارس التي أغفلتها كثير من الدراسات.

وكذلك أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي فيما يتعلق بالسؤال الرابع وهو:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين خصائص أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لاختلاف متغير طول فترة العلاج ؟

أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير طول فترة العلاج. و إن كانت المتوسطات الحسابية لصالح فئة أكثر من سنة (مع حدوث انتكاسة مرضية) هي الأعلى ؛ وذلك لأن هذه الفئة يتعرضون لفترات علاج أطول وأصعب وقد يؤدي إلى حالة نفسية أسوأ نتيجة الغياب الأطول عن المدرسة والأصدقاء كما أشار إلى ذلك فان دونجن (1986)، (Van Dongin and et al, 1986)، أما دراسة (أبو قعدان، 2002) فقد أشارت إلى وجود فروق لصالح: (0-3) أشهر (أعلى) ثم تقل تدريجياً ثم تعاود الارتفاع للمدة (أكثر من سنة).

كما أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي فيما يتعلق بالسؤال الخامس وهو:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مكان الإقامة ؟

أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مكان الإقامة. و إن

كانت المتوسطات الحسابية لصالح مكان الإقامة في الجنوب أعلى، وذلك بسبب بعد المسافة الكبير عن عمان (موقع مركز الحسين للسرطان الذي تقدم فيه الخدمات العلاجية المختلفة لأطفال مرضى لوكيميا الدم)، وبسبب وجود القرى النائية و صعوبة المواصلات، مما يدعو إلى التفكير في إنشاء عيادات خارجية لمركز الحسين تقدم الخدمات العلاجية في الجنوب و آخر في الشمال ؛ للتسهيل على هذه الفئة من أطفال مرضى لوكيميا الدم الذين يحتاجون لمراجعات أسبوعية لفترات طويلة.

وفيما يتعلق بالسؤال السادس وهو:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مستوى تعليم الوالدين ؟

أ. مستوى تعليم الأب:

فقد أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مستوى تعليم الأب.

ب. مستوى تعليم الأم:

كما أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي أيضا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.

وهكذا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير مستوى تعليم الوالدين ؛ وذلك لتشابه خصائص هؤلاء الأطفال وتشابه آليات التعامل معهم في مجتمعاتنا، وتقديم أنواع الدعم المختلفة لهم، بغض النظر عن مستوى تعليم الوالدين.

و قامت الشمايلة (1994) بإجراء دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي والصرع والتلاسيميا

وسرطان الدم) في عينة أردنية. وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات التكيفية التي تواجه الأطفال ذوي الأمراض المزمنة مثل: الفشل الكلوي، الصرع، التلاسيميا، سرطان الدم، وهدفت أيضا إلى تحديد مدى مساهمة متغيرات: العمر والجنس ونوع المرض كمتغيرات مستقلة في تفسير التباين على مقياس المشكلات التكيفية كمتغير تابع.

وتكونت عينة الدراسة من 80 طفلا من الجنسين والذين تم تشخيصهم من الأطباء المتخصصين بأنهم يعانون من هذه الأمراض المزمنة. ضمن الفئات العمرية (6-9) و (10-13) عاما، واستخدمت الباحثة مقياساً للمشكلات التكيفية مكونا من جانبين تم إعدادهما:

- أ. جانب أجاب عنه أمهات الأطفال.
  - ب. جانب أجاب عنه الطفل بنفسه من خلال دراسة حالة قامت بها الباحثة مع كل طفل على حدة وقد تم استخراج دلالات صدق وثبات.
- أشارت النتائج إلى أن أكثر المشكلات التكيفية شيوعا بين الأطفال أفراد عينة الدراسة هي التي تعبر عن مشكلات تكيفية مثل: التعلق الطفولي المباليغ فيه بالأم، القلق والتوتر، الخوف من الابتعاد عن الأسرة، الدخول إلى المستشفى، الغضب والانفعال السريع، الاعتماد الزائد على أفراد الأسرة، الاضطرار إلى ترك المدرسة.
- وأشارت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية للمشكلات التكيفية بين الأطفال ذوي الأمراض المزمنة تعزى إلى متغيرات العمر والجنس.
- أما من حيث نوع المرض فقد أشارت الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير نوع المرض على بعد واحد من أبعاد المقياس هو البعد الأكاديمي بين مرضى سرطان الدم و الفشل الكلوي والصرع والتلاسيميا.

أما ملكاوي (1998) فقد أجرت دراسة بعنوان خصائص الأطفال ذوي الأمراض المزمنة واحتياجاتهم الاجتماعية. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أهم الخصائص التي تتميز بها الأطفال ذوو الأمراض المزمنة، وحاجاتهم الاجتماعية. وقد تألفت العينة من (105) أسرة بمتوسط عمري (42) سنة للآباء و (35) سنة للأمهات،

أما عدد الأطفال، فقد كان (71) طفلاً وغالبيتهم من الذكور، ومتوسط أعمارهم (7) سنوات، أما بالنسبة للكوادر الطبية، فتألفت من (46) طبيبا و ممرضة ( 22 ممرضة و 24 طبيبا ).

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال قد تأثروا من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية. كما أظهر غالبية الأطفال توجهات سلبية نحو وجودهم في المستشفى، وبنفس الوقت أظهروا مشاعر إيجابية تجاه الأطباء والممرضات. أما فيما يتعلق بالأهل، فقد كان للمرض تأثير مباشر على الوضع الاقتصادي للأسر، ولم تتأثر العلاقات الأسرية كثيرا، الأمهات غالبا يتحملن المسؤولية في رعاية الأطفال المرضى، ومرافقتهم في مراجعاتهم للمستشفى ومبيتهم فيه، مما أثر على علاقاتهن الاجتماعية، وأوضاعهن النفسية، وعلى علاقاتهن بأطفالهن المرضى والذين أصبحوا متعلقين بهن إلى درجة شديدة. أما عن النظرة الاجتماعية للأسرة، فإنها تنحصر في غالب الأحيان بنظرات الحزن والشفقة.

وفي دراسة قام بها التنشة (2000) تحت عنوان: استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المتفائلون مقارنة بالمتشائمين من مرضى السرطان. قام الباحث بفحص الفروق بين المتفائلين والمتشائمين من مرضى السرطان في استراتيجيات التدبير (التكيف) التي يستخدمونها إزاء الموقف الضاغظ إضافة إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم، وأي من صيغ التدبير أكثر انتشارا عند مرضى السرطان، والتطورات الحاصلة في اللجوء إلى استراتيجيات التدبير المختلفة خلال الفترات المختلفة منذ معرفة المرضى بالإصابة بالسرطان.

وتم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (71) بالغاً (34 ذكراً، 37 أنثى) في مدينة عمان: مستشفى: الأمل (مركز الحسين حالياً)، و البشير، والجامعة الأردنية. وعينة مقارنة من طلبة الجامعة الأردنية. وتم استخدام أداة: القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم، ومقياس استراتيجيات التدبير الذي تم تعريبه. وقد بينت النتائج ارتباط التفاؤل بشكل دال إحصائياً مع (6) استراتيجيات من أصل (15) استراتيجية تدبير شملتها الدراسة: اللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، والقبول، والتدبير النشط، والتدبير عن طريق التأني، والتخطيط. وارتباط التشاؤم بشكل دال

إحصائيا أيضا مع (6) استراتيجيات تدبر اثنتان منها بشكل إيجابي وهي: التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، واستراتيجية فك الاشتباك السلوكي.

وسلبياً مع: التدبر النشط، والتخطيط، واللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو. وأظهرت الدراسة أن أكثر استراتيجيات التدبر لدى المرضى هي: اللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، والقبول.

وفي دراسة قام بها أبو قعدان (2002) بعنوان: أثر مركز الضبط في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان. هدفت إلى الكشف عن أثر مركز الضبط (داخلي، خارجي) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، والتعرف على مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وعلاقة ذلك بمركز الضبط، وهدفت إلى الإجابة عن:

1. هل هناك اختلاف في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف مركز الضبط لديهم؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان ذوي الضبط الداخلي والضببط الخارجي تعزى إلى متغيرات الجنس، العمر، مدة الإصابة؟

وتم استخدام مقياس روتر للضببط الداخلي والخارجي المعرب والمقنن على البيئة الأردنية، وقائمة بيك للاكتئاب المعربة والمقننة على البيئة الأردنية. وتم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (169) شخصاً من الذكور والإناث من مستشفى: البشير، والأمل.

وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمركز الضبط حيث كان الاكتئاب أعلى لمن لديه ضبط داخلي.

وأشارت أيضا إلى فروق تعزى إلى متغير العمر: الاكتئاب لدى صغار السن (17-25) سنة أعلى ممن هم أعمارهم (64-26) أو (64 فأعلى).

أما بالنسبة للجنس فوجدت فروق لصالح الإناث (الاكتئاب أعلى).

أما بالنسبة لمتغير مدة الإصابة فوجدت فروق لصالح: (3-0) أشهر (أعلى) ثم تقل تدريجياً ثم تعاود الارتفاع للمدة أكثر من سنة.

وفي دراسة أبو السندس (2002) بعنوان: التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الأردنيين المصابين باللويميا وأسرهم. والتي هدفت إلى التعرف على أهم المظاهر النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين باللويميا وأسرهم بالإضافة إلى خصائصهم من خلال استبانة صممت خصيصا لغايات هذه الدراسة، وطبقت على جميع الأطفال المقيمين والمراجعين في مركز الأمل، وعلى عينة من مدينة الحسين الطبية، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع ذويهم، العينة مكونة من (50) طفلا أعمارهم عند التشخيص (14-5) سنة. توصلت إلى: أنه تحمل الأمهات المسؤولية الكبرى في رعاية أطفالهن من المرضى، وإلى الدور الهام الذي يقوم به الآباء في مساعدة زوجاتهم فيما يتعلق بأطفالهم، وكذلك انشغال الآباء والأمهات بالتفكير بموضوع انتكاس أطفالهم ومستقبلهم، كما تواجه الأمهات صعوبات عديدة في التوفيق بين واجباتهن ورعاية أطفالهن المرضى، وتبين عدم وجود تأثير كبير للمرض على العلاقات الاجتماعية في أسر الأطفال المرضى، وأظهرت بأن الأطفال المصابين يكرهون الذهاب إلى المستشفى على الرغم من حبهم للأطباء والمرضات، وأكثر من نصفهم يرغب بتناول العلاج رغم معاناتهم من المضاعفات بعد تناوله، ومعظمهم لا يحب البقاء لوحده ويجب الاختلاط بالآخرين وخصوصا مع أصدقائهم الذين لم تتغير معاملتهم لهم سلبا بعد معرفتهم بمرضهم، ومعظم الأطفال يعانون الملل خصوصا بسبب إجراءات العلاج الطويلة، وهناك قلق كبير عندهم من موضوع التغيرات التي تحصل في أجسامهم وخصوصا سقوط الشعر، ومعظمهم أصبح يغضب بسرعة، ويكي أكثر بعد إصابتهم بالمرض. وأخبر معظمهم أنهم يحبون الذهاب إلى المدرسة ولا يعانون من عدم التركيز في دراستهم.

وفي دراسة رضوان (1994) التي هدفت إلى دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية لسرطان الطفولة. وقد قامت الباحثة بدراسة وصفية للمشكلات النفسية والاجتماعية والمعوقات المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية بسرطان الطفولة مستخدمة عينة: مائة طفل وأسرهم من الأطفال الذين يعالجون في مصر، و مستخدمة مقياسا خاصا بالمشكلات المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية.

وقد توصلت الباحثة إلى: أن مشكلة القلق تقع في المرحلة الأولى بين قائمة من المشكلات النفسية، وأن الوالدين كليهما يعانيان من مشكلة القلق أثناء إصابة أحد أبنائهما بهذا المرض، ولكنها لم تفرق بين الآباء والأمهات من ناحية درجة القلق لدى كل منهما.

و أن مرض السرطان يضيف أعباء اجتماعية واقتصادية على الأسرة بأكملها ولا سيما الوالدين، مثل فقد الأمن، ونقص الثقة في النفس، وضعف الإيمان. و أن مرض السرطان من الأمراض التي تحتاج إلى متابعة علاجية مستمرة، مما يجهد الأسرة اقتصادياً حيث لا يستطيع الوالدان المواءمة بين احتياجات الأسرة ومتابعة حالة الطفل المريض.

أما دراسة الصمادي (1989) والتي هدفت إلى التعرف على مدى إسهام متغيرات الجنس والعمر عند الإصابة بالإعاقة والحالة الاجتماعية والحالة الصحية والمستوى الاقتصادي في التعايش مع الإعاقة الجسمية. وتكونت عينة الدراسة من (226) فرداً من المعوقين منهم (133) من الذكور، و(93) من الإناث اختيروا بطريقة العينة العشوائية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مساهمة المتغيرات المستقلة كانت جوهرية في تفسير الفروق في الأداء على المتغير التابع، كما ساهمت كل المتغيرات المستقلة مجتمعة بما نسبته (47٪) من الأداء على المتغير التابع، ولقد كان أهم المتغيرات المستقلة في تفسير الأداء على المتغير التابع هو الحالة الصحية حيث فسر ما نسبته (28٪) بليته المستوى الاقتصادي (9٪) ثم الجنس، ثم الحالة الاجتماعية، وأخيراً العمر عند الإصابة.

#### ثانياً: الدراسات الأجنبية

هناك عدد من الدراسات الأجنبية التي تناولت مرض السرطان عند الأطفال وخصوصاً اللوكيميا، حيث تم تناول المرض من عدة نواح نفسية منها، والاجتماعية، والطبية، والمعرفية. ولكن كل دراسة منها كانت تتناول متغيرات معينة فقط، أو تناول جانباً محدداً، وكانت تنطبق على مجتمعات مختلفة.

من بين هذه الدراسات:

أشار ماكدوجال (McDougal, 1997) إلى أنه قد تظهر لدى بعض أطفال مرضى السرطان الانتكالية، تغيرات بالشعور العاطفي، ضغط داخلي، مشاكل سلوكية، صعوبات تتعلق بالمدرسة، الانسحاب الاجتماعي (نتيجة تكرار الغياب عن المدرسة والأصدقاء).

كما يؤكد على ضرورة الكشف المبكر، والدمج الاجتماعي، واستخدام استراتيجيات ذوي صعوبات التعلم. إن من أهم الأشياء أن يرجع الطفل إلى روتينه وحالته الطبيعية، وخاصة في فترات قلة العلاج أو بعد انتهائه، فالمدرسة للطفل كالعامل البالغ في الأهمية. أما خارج المدرسة فقد يحدث لبعضهم اليأس، وتدني مفهوم الذات. لذلك كان لا بد للأهل والمدرسين والأصدقاء ومتخصصي علم النفس المدرسي وغيرهم من دور ضروري في تفهم حاجات وصعوبات هؤلاء الأطفال ومساعدتهم في العودة للعيش حياة طبيعية في البيت والمدرسة والشارع.

وبدون التدخل في هذه الحالات قد يؤدي ذلك إلى آثار سلبية، وعودة متأخرة هؤلاء الأطفال إلى حياتهم الطبيعية، فكان لا بد من مجهود متكامل من جميع الأطراف لإعادة ترتيب حياة الطفل المصاب بالسرطان.

وفي دراسة قام بها عوض والخطيب و الصالح في مركز الحسين للسرطان (2003، Awad، Khatib Salhi)، بعنوان: الاكتئاب لدى مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان. هدفت إلى قياس مدى الاكتئاب لدى عينة مكونة من (100) مريض بالغ في مركز الحسين للسرطان موزعين على أنواع السرطان المختلفة، (40) ذكور و (60) إناث، تعرضوا لأنواع مختلفة من أشكال العلاج (كيمياوي، أشعة، جراحة، ...).

تم تطبيق مقياس مترجم معدل من مقياس الاكتئاب المطور بواسطة شبكة السرطان الشاملة الوطنية الأمريكية.

وقد أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى يشكون من الاكتئاب الظاهر أعلى من خمسة على المقياس حدد مستوى (5) فأعلى من ذلك حتى (10) أنها تشير إلى



اكتئاب عال، وكانت السمات الأكثر شيوعاً لدى العينة هي بالترتيب: القلق، ثم الخوف، ثم الألم، ثم الحزن، ثم الإرهاق.

كذلك أشارت الدراسة إلى أن أهم السمات النفسية والعقلية لدى مرضى السرطان هي عادة القلق واليأس بشكل عام، على الأقل (25٪) من مرضى السرطان النزلاء في المستشفيات من المحتمل أن يواجهوا أنواعاً من اليأس وعدم الانضباط. دراسة السيطرة المتعددة أشارت إلى أن (51٪) من المرضى يمتلكون مظاهر مرتبطة بالتشخيص الطبي النفسي. المرضى الذين هم في أعلى درجات الخطر من اليأس هم أولئك الذين لديهم تاريخ مضطرب مؤثر (مرض) وسرطان متقدم، ويسيطرون بشكل ضعيف على الألم. والعلاج بالطب هناك ارتباط بينه وبين مظاهر الكآبة أو اليأس. إن الاضطرابات النفسية توجد بشكل مستمر بعد تشخيص السرطان. كما أشارت النتائج أنه من (24-38٪) من مرضى السرطان يشكون من مستويات من القلق واليأس، ونسبة مشابهة من الخبرات في الحياة تعود إلى التأثيرات النفسية مثل: دور المتغيرات، فقدان القدرة الوظيفية، ومشاكل العلاقات الاجتماعية.

أما الدراسة التي قام بها كل من سيريتو، ستارك، كوبيلا، دريجان، اندرزكيتس، هويت (Spirito, Stark, Cobiella, Drigan, Androkites, and Hewett, 1990) بعنوان: التأقلم الاجتماعي للأطفال الذين عولجوا بنجاح من السرطان فتمت مقارنة (56) طفلاً مصابين بأنواع مختلفة من السرطان في أعمار ما بين (5-12) سنة بعينة ضابطة من الأطفال الأصحاء. وقد كان عدد الإناث المصابات (27) والذكور (29). وكل الأطفال المصابين عولجوا في الفترة العمرية ما بين (5-2) سنوات.

وكان من أبرز نتائج الدراسة أن الأطفال المرضى قد أظهروا مشاعر أكبر للعزلة من المجموعة الضابطة. وقد أوصت الدراسة بتطبيق النتائج التي تم التوصل إليها على عينة أخرى من الأحياء المصابين بالسرطان وعينة ضابطة، واستعمال مناهج تقييم أكثر شمولاً لأسئلة التأقلم الاجتماعي.

وكذلك الدراسة التي قام بها كل من نول، ليوري، بوكوسكي، روجوش، كلكارني (Noll, Leory, Bukwsky, Rogosh, and Kulkarni, 1991) بعنوان

العلاقات بين الرفاق والتأقلم عند الأطفال المصابين بالسرطان. فقد جاءت لتقييم التكيف النفسي الاجتماعي للأطفال المصابين، حيث كان عددهم 24 طفلا، وفي الفترة العمرية ما بين (8-18) سنة، وقد تمت مقارنة الأطفال المصابين بالسرطان بمجموعة ضابطة من نفس الصف المدرسي، وعلى الرغم من أن الرفاق أظهروا في التقرير الخاص بهم أن الأطفال المصابين بالسرطان يملكون سمعة اجتماعية أكثر من العزلة الاجتماعية، و ليس هناك اختلافات كبيرة بالنسبة لشعبيتهم، وعدد الأصدقاء، والوحدة مقارنة بالعاديين.

وقد أوصت الدراسة بأن هناك حاجة لعمل إضافي لتحديد المتغيرات المرتبطة بالمرضى مثل: العمر عند التشخيص، والجنس، والوقت منذ التشخيص، والتي ستسمح بظهور صورة أكثر وضوحا للقدرات، والدور الاجتماعي لهؤلاء الأطفال.

وكذلك دراسة أخرى قام بها كلافين و باربارين (Clafin and Barbarin, 1991) بعنوان هل "الإخبار" يجدي أقل أو أكثر؟، العلاقات بين العمر، إعطاء المعلومات، وماذا يرى الأطفال المصابون بالسرطان ويشعرون؟. فقد بينت الدراسة أن الوالدين يقولون للأطفال الصغار معلومات أقل عن التشخيص، والعلاج، وتطور مرض السرطان، من الأطفال الأكبر سنا والمراهقين، وهذا يعتمد على الرغبة في إبعاد الطفل عن البقاء مستغرقا في مرضه.

وقد أظهر الأطفال الصغار استراتيجيات إدراكية أقل من الأطفال الأكبر سنا والمراهقين، ومع أن الأطفال الصغار أخبروا أقل من الأطفال الأكبر سنا، ولكنهم بنفس المستوى من الكتابة، والحزن، وهذا يبين أن عدم الإخبار يفشل في تغطية مظاهر الحزن المنتشرة حول المرض. كما تبين أن الأطفال يعرفون أكثر عن مرضهم وآثاره حتى لو لم يجربوا به مباشرة.

وفي دراسة أجراها كوشر (Koosher, 1980) بعنوان التأقلم النفسي بين الأطفال المصابين بالسرطان وكانت حول التأقلم النفسي الاجتماعي الشامل للأحياء المصابين عند المقابلة. فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن عددا لا بأس به من الأطفال والذين نجوا من السرطان، يعيشون آثارا نفسية واجتماعية. وأنهم يجدون صعوبة في

التأقلم النفسي الاجتماعي، كما أن العلاقات الاجتماعية، ومهارات مساعدة النفس، والدور الفكري عندهم أقل فاعلية من المرضى الذين عندهم تأقلم جيد. وقد تألفت عينة الدراسة من (115) طفلاً كانوا مصابين بالسرطان، وتراوح أعمارهم بين سن الولادة و (18) سنة.

وفي دراسة أجراها كل من: سيد و واترز وستيفن (Said, Waters, and Stenen, 1989) بعنوان الآثار العصبية النفسية المترتبة على العلاج الوقائي للنظام العصبي المركزي عند الأفراد المصابين باللويميا اللمفاوية الحادة. جاءت الدراسة لتقييم الوضع العصبي النفسي لـ (106) طفلاً مصابين باللويميا اللمفاوية الحادة، والذين تلقوا العلاج بالأشعة في الجمجمة كعلاج وقائية للنظام العصبي المركزي. واستخدم (45) من الأخوة القريبين بالعمر من المرضى كعينة ضابطة.

وقد أشارت النتائج إلى أن المرضى الذين تلقوا معالجة وقائية للنظام العصبي المركزي، وجد أنهم حسب مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عندهم (17) نقطة أقل من أطفال المجموعة الضابطة. الأطفال المرضى كانوا أكثر عرضة لعدم القدرة على التركيز. وقد أشارت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يتلقون العلاج للوكيميا مستقبلاً، يجب أن يقيموا أو يراقبوا للتلف العصبي .

وكذلك دراسة قام بها كل من: فان دونجن-ملمان و ساندرز -ودسترا (Van Dongen – Melman and Sanders – Woudstra, 1986) بعنوان المظاهر النفسية الاجتماعية لسرطان الطفولة. الدراسة عبارة عن مراجعة للأدبيات السابقة بخصوص سرطان الأطفال. وقد تم التوصل إلى أن معظم الدراسات ركزت على أثر المرض على الطفل، والعائلة، والوضع المعيشي للعائلة، عندما اكتشف السرطان عند الطفل ورده فعلهم تجاه المرض. وقد بينت هذه الدراسة بقوة أن العائلات تعاني من مشاكل، وأنهم وقعوا تحت خطر أن يصبح عندهم مشاكل نفسية واجتماعية.

وأيضاً دراسة قام بها كلونس-روس ولاندسداون (Clunies-Ross and Landsdown, 1988) بعنوان: مفهوم: الموت، المرض، العزلة الموجودة عند الأطفال

المصابين باللوكميميا. فقد بينت الدراسة مفهوم الموت لدى (21) طفلاً مصابين باللوكميميا في أعمار ما بين (4-9) سنوات. تطور المفهوم عند هؤلاء الأطفال لم يكن عموماً مختلفاً عن الأطفال الأصحاء على الرغم من وجود بعض الاختلافات في المحتوى. وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال لم يعطوا أي تفسير لسبب المرض وأنهم يرون أنفسهم معزولين في المستشفى.

### الوفيات والمتابعة طويلة المدى

أدت التحسينات التي طرأت على معالجة السرطان إلى انخفاض عدد وفيات السرطان الرئيس. وقد يزداد عدد الآثار المتأخرة بين الناجين من سرطان الأطفال مع تقدم العمر، ولكن أعمار الناجين قد لا تمتد لفترات تساوي أعمار من لم يصابوا بالسرطان. تتضمن الأسباب الأكثر شيوعاً لوفيات الناجين من سرطانات الأطفال ما يلي:

- انتكاس السرطان الرئيس.
- ظهور سرطان إضافي.
- تضرر القلب.

أدت الدراسات التي أجريت حول أسباب الآثار المتأخرة إلى تغييرات في المعالجة، مما أدى إلى تحسن نوعية حياة الناجين من سرطان الأطفال وساعد على الحد من الموت بسبب الآثار المتأخرة.

تعتبر عناية المتابعة المنتظمة مهمة جداً للناجين من سرطان الأطفال. وتختلف عناية متابعة من عولجوا من السرطان من شخص إلى آخر، اعتماداً على نوع السرطان ونوع المعالجة والوضع الصحي العام للمريض.

ومن المهم أن تجرى للناجين من سرطان الأطفال فحوص منتظمة من قبل مختص مطلع على معالجاتهم والمخاطر المتوقعة ويستطيع أن يلاحظ المؤشرات المبكرة للآثار المتأخرة.

ويحتمل أن يحتاج الناجون من سرطان الأطفال إلى خدمات تعليمية خاصة، خاصة الناجون من أورام الجهاز العصبي المركزي، و سرطان الدم، و مرض هودجكين<sup>١</sup>.

تستمر رعاية متابعة الناجين من سرطان الأطفال حتى البلوغ، وتشمل في الوضع المثالي الطبيب والاختصاصيين الذين عالجوا السرطان الرئيس للأطفال الصابين، وأجهزة الخدمات التعليمية والوظيفية والاجتماعية، و الأسرة. تحسن المتابعة طويلة المدى صحة الناجين من سرطان الأطفال ونوعية حياتهم، وتساعد الأطباء على دراسة الآثار المتأخرة لمعالجات السرطان ليتمكن تطوير معالجات أكثر أمانا للأطفال الذين تشخص حالاتهم حديثا.

تعتبر السلوكيات التي تعزز الصحة مهمة للناجين من سرطان الأطفال، فقد تحسن نوعية حياة الناجين من سرطان الأطفال نتيجة السلوكيات التي تعزز صحتهم ورفاهيتهم في المستقبل، كالأطعمة الصحية والتمارين والفحوص الطبية وفحوص الأسنان المنتظمة. وتعتبر سلوكيات العناية الشخصية مهمة بشكل خاص للناجين لاحتمال تعرضهم لمشاكل ترتبط بالمعالجة.

قد تؤدي السلوكيات الصحية إلى تخفيف حدة الآثار المتأخرة، وتعد من مخاطر الأمراض الأخرى. و يعتبر تجنب السلوكيات التي تضر الصحة مهما جدا، حيث يزيد التدخين والإفراط في تناول الكحول واستخدام الأدوية المحظورة احتمال تضرر العضو وربما تطور سرطانات إضافية (أرناؤوط، 2005).

يعتقد الكثيرون أن إخفاء نتائج التشخيص عن الطفل في صالحه، حيث يلجأ الآباء في بعض الأحيان إلى إخفاء هذه الحقيقة عن أطفالهم وذلك حماية لهم، فإخفاء حقيقة المرض عن الطفل قد يسبب له القلق والانعاج، ومن الطبيعي أن يعتريه الشك في أن هناك خطأ ما في وضعه الصحي وذلك بسبب زيارته المتكررة للطبيب، وتعرضه لفحوصات طبية غير مريحة، إضافة إلى ما يراه من الخوف والقلق في وجوه أفراد الأسرة والمحيطين به من أصدقاء ومحبين. كما أن التأخير الطويل في الإبلاغ بعد التشخيص قد يزيد المخاوف عند الطفل ويسبب له شعورا بالجزلة وبعدم الثقة بأي أحد.

أما بالنسبة لطبيعة المرض فإن شرح ما يتعلق به يجب أن يتناسب مع عمر الطفل ومستواه التفكيرى، ولكن من الأخطاء الواضحة التي قد ترتكب في هذا المجال هي شرح طبيعة المرض بطريقة لا تتناسب مع عمره ومستواه التفكيرى، وهذا قد يسبب صدمة للطفل وظهور ردود فعل غير عادية ((Lvine, 1982).

كما أن الطفل سيواجه أموراً جديدة بعد التشخيص، فهو من خلال زيارته المتكررة لعيادة الطبيب سبرى عدداً من الأطفال المصابين بالسرطان تبدو عليهم مظاهر المرض والألم والمعاناة، فبعضهم سقطت شعورهم، وآخرون استوصلت بعض أجزاء أجسامهم، وهذا ما يثير الخوف والقلق في نفس الطفل. وهكذا فإن مرحلة التشخيص هي الأساس وهي نقطة الانطلاق لرحلة طويلة من المعاناة والألم والتي سيواجه الطفل خلالها ضغوطات مختلفة (معهد السرطان القومي، 1995).

وعندما يشخص المرض يبدأ بالعلاج فوراً، لأن المرض غير المعالج يكون قاتلاً، كما أن طرق العلاج تختلف ما بين التدخل الجراحي، والعلاج الكيماوي، والعلاج بالأشعة. وعلى الأغلب فالأطفال عليهم تحمل العلاج لفترة طويلة، كما أنهم يمكن أن يتعرضوا للالتكاس خلال أو بعد العلاج، حيث أنه بعد كل نكسة (Replace) يبدأ العلاج من جديد ويكون صعباً أكثر، فكفاح الطفل في هذه المرحلة يكون قاسياً ومؤلماً وذلك للرجوع إلى حالة السكون (( Remission. والمطلوب هو التعامل مع حاجات العلاج المستمرة، وإدراك احتمالية إجراء عمليات جراحية إضافية، وإمكانية انتشار المرض مرة أخرى، كما أن احتمالية الموت شيء وارد (Van Dongin-Melman and Sanders-Woudstra, 1986).

ويمكن أن تتدخل المعالجة الكيماوية في بعض وظائف الجهاز المركزي (الدماغ) مسببة تعباً وتشويشاً وكآبة، وستختفي هذه المشاعر عندما تقل الجرعة أو تنتهي المعالجة الكيماوية. وكذلك يمكن للأدوية المضادة للسرطان أن تسبب مشاكل في الأعصاب بشكل عام، والأعصاب الطرفية هي مثال على حالة تؤثر على الجهاز العصبي حيث الشعور بالوخز أو الحرقة أو الضعف أو الخدر أو الألم في اليدين أو القدمين. كما يمكن أن تؤثر بعض الأدوية على العضلات وتجعلها ضعيفة أو متعبة (مركز الحسين للسرطان، 2005- ب).

و يواجه الطفل خلال فترة العلاج تهديدات خطيرة، والتي يمكن أن تتضمن:

## 1. طبيعة تهديد المرض للحياة:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض المزمنة المهددة للحياة، وزيادة القلق عند الطفل مرتبطة بإدراكه لهذه الحقيقة، فالطفل المصاب بالسرطان يواجه قلقاً أكبر مع تقدم المرض، ومع كل زيارة للعيادة، وهذا يجعله أكثر عرضة للمشكلات النفسية والاجتماعية.

## 2. عدم الراحة الجسدية:

وهذه يسببها العلاج مثل الألم والقلق والضعف، فالقلق والألم مرتبطان بالإجراءات الطبية مثل سحب النخاع العظمي، كما أنه في الأيام التي تعقب العملية يشعر المريض بألم في منطقة الجرح، وقد يشعر بالإعياء والضعف لفترة معينة. كذلك الحال بالنسبة للمعالجة بالأشعة والتي قد تستعمل قبل الجراحة للحد من انتشار المرض، أو بعد الجراحة لتدمير الخلايا السرطانية التي قد تكون تخلفت في المنطقة بعد الجراحة، ومن الآثار الجانبية للعلاج بالأشعة: الشعور بالإرهاك غير العادي و ردود الفعل الجلدية (مثل الطفح الجلدي والاحمرار الزائد في المنطقة الخاضعة للعلاج)، وفقدان الشهية والغثيان.

أما العلاج الكيماوي فأثاره الجانبية تعتمد بشكل رئيس على نوع الدواء المستخدم، وكمية وقوة الجرعات التي يتلقاها المريض. فمن آثاره أنه قد يؤدي إلى فقدان الشهية أو الغثيان أو التقيؤ أو فقدان الشعر. كما أن ضعف وتساقط الشعر هو من الآثار الجانبية المثيرة للاهتمام وقلق كثير من المرضى، فبعض الأدوية المضادة للسرطان تسبب فقط ضعفاً في خصل الشعر بينما يتسبب بعضها الآخر في تساقط الشعر بشكل كامل، هذا بالإضافة إلى أن الكثير من الحبوب/العقاقير يمكن أن تؤخذ عن طريق الفم أو الأوردة والتي يمكن أن تسبب القلق للطفل. كل هذه الإجراءات يمكن أن تفرض مشاكل واضحة في تكيف الطفل مع السرطان والتي يمكن أن تظهر من خلال أعراض مختلفة مثل: الأرق، والأحلام المزعجة، وانفقاد الشهية إلى الطعام، والانسحاب، وما إلى ذلك من مشاكل (Van Dongin and et al, 1986).

## 3. التغيرات الجسدية:

يواجه الأطفال الذين يخضعون لعلاج السرطان عادة عددا من التغيرات الجسدية، فالآثار الجانبية للعلاج يمكن أن تنعكس على جسم الطفل مثل: زيادة الوزن أو نقصانه، وفقدان الشعر، وتقرح الفم، أو بتر أحد أعضاء الجسم. إن للتشوهات الظاهرة أثرا على نفسية الطفل وخصوصا في حالة فقدان الشعر.

إن الآثار الجانبية للعلاج يمكن أن تجعل الطفل يشعر دائما بأنه مختلف عن غيره من الأطفال، ويمكن أن ينتج عن ذلك نقص في الثقة بالنفس، وبالتالي يمكن أن يلجأ الطفل للانسحاب من الرفاق، والخوف من الذهاب إلى المدرسة، وبذلك يتأثر التكيف العاطفي والاجتماعي عند الطفل، ويتأثر تحصيله الأكاديمي بشكل ملحوظ (Van Dongin and et al, 1986).

وقد تدفع التغيرات الواضحة في الجسم لدى بعض الأطفال إلى الاستفسار وطرح عدد من الأسئلة وخصوصا سؤال الأم، ومن هذه الأسئلة: هل أبدو مضحكا؟ أشعر بأن الأطفال ينظرون إلي بشكل مختلف. كما أن بعض الأطفال يمكن أن يتعرض لأسئلة مخرجة عن سبب الصلع وغيره. هذا وتختلف ردود الفعل للتغيرات الجسدية من طفل لآخر و يعتمد ذلك على عدة عوامل منها: عمر الطفل، مستواه العقلي، اتجاهات الأسرة ودعمها، مدى تقبل الرفاق، (معهد السرطان القومي، 1995).

## 4. الإدخال إلى المستشفى:

إن عملية تشخيص المرض المزمن وعلاجه تتطلب زيارات متكررة للمستشفى ولفترات طويلة، مما يبعد الطفل عن مدرسته وأصدقائه المقربين، وعندما يتمكن من العودة إلى المدرسة تكون قد حصلت تغيرات جسمية ونفسية، قد تجعله يشعر بالغيرة والبعد عن أصدقائه، كما أن عليه أن يلحق بالواجبات المدرسية ويتعلم ما تعلمه رفاقه من دروس مما يضعه تحت ضغط شديد وصراع متواصل. وفي بعض الحالات قد لا يرغب أصدقائه به ظنا منهم أن المرض معد، وأكثر ما يزعج الطفل هو كيف يجب على أسئلة أصدقائه المزعجة حول تساقط شعره، أو تغير لونه، أو تحول جسمه، أو غيابه الطويل. إن خصوصية وضع الطفل المريض بمرض مزمن وما يظهر عليه من



أعراض المرض تضع الطفل في صعوبات على المستوى النفسي والاجتماعي وربما الأكاديمي، فرمما يجرح من أوضاع جسمه غير المنتظمة (Hosking & Powell, 1985) يتعرض الأطفال المصابون بالسرطان عادة للنوم في المستشفى مرات عديدة، ولفترات طويلة، وبالتالي يضطر الطفل للاعتماد عن جوه الأسري. هذا ويمكن أن يسبب الدخول إلى المستشفى مرات عديدة أنماطا محددة من ردود الفعل العاطفية، فقد لا يعي الأطفال أن الانفصال قد يكون مؤقتا وإنما يعني لهم بأنه الانفصال الأخير.

كذلك فإنه بانفصال الطفل عن أسرته تتغير عليه البيئة الثقافية والاجتماعية، فهو بذلك يتعد عن أخوته وأصدقائه وزملائه في المدرسة، مما قد يسبب له مشكلات نفسية واجتماعية متعددة. بالإضافة إلى ما يسمعه من أخبار في المستشفى عن أطفال مصابين بالسرطان تعرضوا للانتكاس أو ماتوا، وكذلك رؤيته لأطفال تعرضوا لبر أحد أعضائهم، كما أن الطفل المصاب كغيره من الأطفال يخاف من الطبيب أو الممرضة ومن الإبرة، ولا يستطيع التقييد أو الالتزام بالأنظمة الطبية.

##### 5. رعاية الطفل خارج المستشفى:

يمكن أن يواجه الطفل المصاب بالسرطان مشكلات متعددة بعد خروجه من المستشفى، ويمكن أن يتعرض لضغوطات متعددة تؤثر على تفاعله مع أفراد أسرته وأصدقائه، فيمكن أن يقاوم العودة إلى المدرسة، ويركز كل اهتمامه بطرح التساؤل التالي: ماذا أقول لزملائي في المدرسة؟ فالأطفال المصابون بالسرطان يهتمون بردود أفعال أصدقائهم وزملائهم في المدرسة وبخاصة إذا كانت فترة غيابهم عن المدرسة طويلة، أو أنهم عادوا وقد ظهرت عليهم التغيرات في أجسامهم، مثل: الزيادة الظاهرة في الوزن، أو سقوط شعر الرأس، وقد تنهال الأسئلة على الأطفال المصابين من قبل زملائهم لمعرفة ما حصل لهم بعد غيابهم عن المدرسة. كما قد يتساءل بعض الأطفال: هل أستطيع ممارسة نشاطاتي العادية كما في السابق؟ والإجابة تتوقف على الطفل نفسه وتختلف من طفل لآخر، كما يتوقف الأمر على نوع السرطان ونوع المعالجة، فأحيانا وضع الطفل لا يسمح بالحركة الكثيرة أو بركوب الدراجة مثلا،

وبالتالي يمكن أن يضطر الطفل لترك ممارسات كان يجب القيام بها قبل إصابته بالمرض (معهد السرطان القومي، 1995).

#### 6. معنى السرطان للطفل:

يمكن أن يعني السرطان للطفل مرضا مهددا للحياة، فالطفل يشعر بأن حياته في خطر، وأنه سيموت بسبب المرض ويمكن أن يعني الابتعاد المستمر عن الأسرة، كذلك يمكن أن يعني له حرمانه من سيطرته على نظام حياته أو خصوصيته، أيضا حرمانه من إقامة العلاقات الاجتماعية المختلفة، وقد يعني الاعتماد الكبير على الآخرين وبالذات الأم. ونتيجة لكل ما سبق قد يظل الطفل يعاني من القلق والتوتر الدائم (Van Dongin and et al, 1986).

## الكشف والتدخل المبكر لدى أطفال مرضى السرطان

الكشف والتشخيص

التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية

مبررات التدخل المبكر ونماذجه

الاكتشاف المبكر والتشخيص والتقصي للسرطان

أعراض مرض السرطان



## الفصل الرابع

### الكشف والتدخل المبكر لدى أطفال مرضى السرطان

#### الكشف والتشخيص

إن عدم الكشف عن الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم تزويده بالخدمات المناسبة في الوقت المناسب قد ينجم عنهما تدهور مضطرب في حالة الطفل. ولذلك ينبغي التعرف إلى الأطفال الذين قد يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات مساندة بأسرع وقت ممكن ليتم إحالتهم إلى الجهات المتخصصة بغية تحديد مدى حاجتهم إلى التشخيص المكثف وإلى البرامج العلاجية في وقت مبكر.

ويمكن تعريف الإحالة ( Referral ) بأنها التوجه الرسمي بطلب إلى أخصائي أو أكثر لتقييم حاجات الطفل وذلك بناء على ظهور علامات ومؤشرات على أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن. وتبدأ عملية الإحالة بتكون انطباعات داخل المدرسة أو في البيت بأن لدى الطفل مشكلات تسترعي الانتباه والدراسة. وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، أو الصحي، أو السمعي، أو البصري، أو العقلي، أو السلوكي والاجتماعي. وبعد ذلك، يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف، يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقة للبدء بتقييم شامل. والهدف من هذا التقييم تحديد طبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاج إليها. وبعد ذلك يجب إطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم. فإذا كان الطفل بحاجة إلى تربية خاصة، يجب مناقشة الوضع مع ولي الأمر وتعريفه بالخدمات المقدمة وبحقوق الطفل وأسرته.

ولقد كان من الطبيعي أن يقود الاهتمام ببرامج التدخل المبكر إلى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الإعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل.

والكشف يختلف عن التشخيص فهو يعني فرز الأطفال الذين يحتاجون إلى دراسة معمقة. بعبارة أخرى، إن الكشف يهدف إلى التعرف السريع على الأطفال الذين لديهم إعاقة أو قابلية لحدوث إعاقة كونهم في حالة خطر لأسباب بيولوجية أو أسباب بيئية. أما التشخيص فهو خطوة متقدمة، الهدف منها نفي أو تأكيد وجود حالة التأخر أو الإعاقة، وفي حالة وجودها يتم تحديد أسبابها واقتراح الطرائق العلاجية. ولكن التساؤلات حول مصداقية أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وحول الأخطاء التي قد ترتكب في تنفيذ برامج الكشف قد ألفت بظلال من الشك على مجمل عملية التعرف المبكر.

فقد أشار أدلمان ( Adelman , 1978 ) إلى أن نسبة حدوث الأخطاء سواء ما يتعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعوقين على أنهم معوقون تشكل مصدر عدم ارتياح. وفي الواقع فإن عدة دراسات بينت أن أدوات الكشف المبكر المتوفرة، غالبا ما، تفتقر إلى الخصائص السيكومترية التي ينبغي توافرها في المقاييس النفسية والتربوية. علاوة على ذلك، فإن مجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي بحد ذاته على أخطاء متنوعة في الكشف والتشخيص. وعلى وجه التحديد، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة تفرض قيودا قد تحول دون التنبؤ الصادق بالنمو المستقبلي وبالتالي تحديد مدى الحاجة الفعلية إلى التدخل المبكر.

ونظرا لانتشار معظم أدوات الكشف المعروفة إلى الخصائص السيكومترية اللازمة كالصدق والثبات ( Meisels , 1991 ) فإن عمليات الكشف المبكر نادرا ما تقتصر على استخدام الأدوات الكشفية ولكنها تشمل على الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة. وعليه فالكشف المبكر ليس نشاطا ينفذه الاختصاصيون فقط بل ثمة دور لا يستهان به لأولياء الأمور والمتطوعين والمعلمين وغيرهم.

وتشمل المؤشرات التحذيرية للإعاقات الجسمية والصحية في مرحلة الطفولة المبكرة ما يلي:

1. ظهور حالات من تشوش الوعي أو فقدان الوعي.

2. السعال المتكرر.
3. العطاس وضيق النفس.
4. الدوار والغثيان.
5. المستويات الشديدة من الجوع والعطش.
6. الإعياء الشديد بعد تادية الأنشطة البدنية.
7. فقدان الوزن أو البدانة المفرطة.
8. تشوه الصدر أو الأصابع أو العنق.
9. ازرقاق الشفتين.
10. الشحوب.
11. تشنج الأطراف العليا أو السفلى.
12. ارتقاء الأطراف أو العنق.
13. خروج اللسان من الفم بشكل متكرر ( الخطيب، 1998 ).

### التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية

لقد قدمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه. فالمرحلة العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال المعوقين بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهما غالباً ما يعانون من تأخر نمائى يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل مجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي ( Hayden and Pious , 1979 ).

وإدراكاً منهم لهذه الحقيقة أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد

المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة، واعتماد نتائج البحوث العلمية أساسا وموجها لبرامج التدخل.

وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث

مراحل رئيسة:

1. في المرحلة الأولى كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لديهم.
2. في المرحلة الثانية أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين.
3. في المرحلة الثالثة أصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثرا على نمو الطفل. فقد أصبحت الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

في الآونة الأخيرة، أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقات واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية. فالتعريف المتداول حاليا للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضا. فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والديناميكية متعددة الأوجه وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات. كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دور رئيس في تنفيذ الإجراءات العلاجية. فبرامج التدخل المبكر الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن أن يتم فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها. (Bailey and Wolery, 1992).

#### مبررات التدخل المبكر ونماذجه

إن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى، وأنه كلما كان التدخل مبكرا كانت الفوائد بالنسبة



للأطفال وأسرهم أكبر. وقد أسدلت هذه النتائج الستارة إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائدا في السابق أن النمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغييرها. فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره (Fewell, 1982).



#### وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

1. السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تهور نمائي أيضا.
2. التعليم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.
3. والدا الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.
4. التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.
5. النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دورا حاسما.
6. التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

7. الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين و المدرسة ليست بديلاً للأسرة.
8. معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
9. تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
10. مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.
11. التدخل المبكر مهم في تجنب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

#### نماذج التدخل المبكر

شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة. ولكل من هذه النماذج حسنات وسيئات، وبعض هذه النماذج أكثر ملاءمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى. وبوجه عام، يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر:

1. التدخل المبكر في المراكز.
  2. التدخل المبكر في المنازل.
  3. التدخل المبكر في كل من المنزل و المركز.
  4. التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات.
  5. التدخل المبكر في المستشفيات.
  6. التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام.
- ولم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته، ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر (Meisels, 1991). فقد قام كاستو و ماستروبيري (Casto and Mastropieri, 1986)

بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجنا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي و اللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة واستنتج هذان الباحثان أيضا أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل:

1. مبكراً أكثر.
2. مكثفاً أكثر.
3. أكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية ( الحديددي و الخطيب، 1998 ).

### الاكتشاف المبكر والتشخيص والتقصي للسرطان

السرطان لا ينشأ كأورام كاملة التكوين. فالسرطان يتكوّن بالتدرّج ونتيجة لتغيرات في العديد من الجينات. وبينما تتراكم هذه التغيرات بمرور الوقت، فإن الخلايا المتغيرة تكتسب بطريقة تصاعديّة الصفات السرطانية، وهي: القدرة على الانقسام بسرعة، والقدرة على الغزو والانتشار إلى الأنسجة السليمة.

وتزداد أهمية الاكتشاف المبكر لسبب وهو طبيعة تكوين الورم بطريق تصاعديّة. فقبل الانتشار يمكن شفاء جميع الحالات بمعالجة السرطان أثناء وجوده في مكان ظهوره الأصلي - بالجراحة أو العلاج بالأشعة - والأورام غير الخبيثة ( مثل الأورام الغدية الصغيرة بحدّار القولون )، والسرطانات التي لم تغز الأنسجة المجاورة السليمة ( مثل الكارسينوما المنحصرة في مكانها الأصلي ) كثيرا ما يمكن شفاؤها بإجراء خطوات علاجية بسيطة. والعلاج بالعمليات الجراحية الشاملة بالإضافة للأشعة يتم تطبيقها في حالات السرطان الذي بدأ في غزو الأنسجة المجاورة. وتظل مثل هذه الطرق العلاجية فعالة طالما بقي السرطان دون غزو كبير للأنسجة المجاورة. ولكن بمجرد انتشار السرطان إلى أماكن أخرى بالجسم، فإن طرق العلاج في مكان الظهور الأصلي تصبح غير كافية ولذا يقل احتمال الشفاء من المرض.

ومن ثم فإن الاكتشاف المبكر يصبح مهماً جداً بالنسبة لنتيجة العلاج. فإذا كان من الممكن اكتشاف السرطان في المرحلة المبكرة ( الكارسينوما المنحصرة في مكانها الأصلي )، فإنه يمكن منع تحول الورم إلى مرض قاتل بالعلاج البسيط. وفعلا فإن الخطوات التي تتبع لاكتشاف السرطان في مثل هذه المرحلة المبكرة يطلق عليها المنع

الثانوي. وفي بعض أنواع السرطان، فإن الفحص الروتيني للأفراد الأصحاء قبل ظهور أي أعراض يعتبر طريقة فعالة لاكتشاف المرحلة المبكرة من الورم ويقلل نسبة الموت منه -بإذن الله - . ولكن بعض الأنواع الأخرى من السرطان لا يمكن تشخيصها إلا في المراحل المتقدمة وبعد بدء ظهور أعراض المرض.

إن اكتشاف وتشخيص السرطان في مرحلة مبكرة يعتبران من أهم العوامل في تحديد نتيجة العلاج. وبالنسبة لبعض أنواع السرطان، فإنه ينصح بفحص الأفراد الأصحاء بانتظام لاكتشاف المرض - بقدر الإمكان - في مرحلة مبكرة من تكوينه. وفحص "باب" يعتبر طريقة فعالة لاكتشاف سرطان الرحم في مرحلة مبكرة يعتبر مثالا جيدا مثل هذه الطرق المستعملة في الفحص. وينصح بالفحص المبكر أيضا للكشف عن سرطان الثدي و سرطان القولون / المستقيم بالرغم من أن طرق الفحص في هذين المرضين ( بما في ذلك التصوير بالأشعة وفحص الدم المختبئ في البراز ) أقل من فحص "باب" في حالة سرطان الرحم. وفي حالات أخرى يتم اكتشاف السرطان بالفحص الذاتي ( يقوم الفرد بفحص نفسه )، أو أثناء الكشف الطبي العام أو بالتعرف على الأعراض المبكرة للمرض. وبعد ذلك هنالك عدة اختبارات تتم للتأكد من وجود آفة حقيقية ويشمل ذلك استئصال عينة من الورم للفحص، وفي حالة وجود سرطان حقيقي فإن الأمر يستلزم تحديد مرحلة المرض وإجراء اختبارات إضافية للحصول على معلومات تعتبر أساسية لاختيار الطرق المناسبة للعلاج ( Cooper, 2002 ).

#### تقصي السرطان

التقصي لاكتشاف السرطان في مرحلة مبكرة أكثر قابلية للشفاء ويمكن أن يساعد في خفض عدد الوفيات من بضعة أنواع هامة من السرطان. لكن للتقصي مشاكله. فإذا أظهرت نتائج الفحوص شذوذاً تبين في النهاية أنه غير سرطاني، كما هو الحال في الغالب، فإنه يجب عليك إجراء مزيد من الاستقصاءات، وربما تشهد كثيراً من القلق الذي لا ضرورة له.

ويمكن أن يكشف التقصي أحيانا عن وجود سرطان بطيء النمو أو نماء سابق للسرطان لا يسبب أي مشكلة خطيرة لو لم يكتشف، ونتيجة لذلك، قد يتلقى بعض الأشخاص علاجاً لا ضرورة له حقاً. و التقصي مكلف: يجب عادة تقصي عدد كبير من الأشخاص لاكتشاف سرطان يحدث تشخيصه المبكر فرقاً بين نجاح العلاج وإخفاقه ( ريز، 2002 ).

#### التحقق الوقائي من المرض والاكتشاف المبكر له

يتم أحيانا اكتشاف السرطان قبل ظهور أعراضه. الفحص للسرطان ( أو للأعراض التي قد تؤدي للإصابة به ) في الشخص الذي لا يحمل أعراض السرطان يسمى التحقق الوقائي من المرض.

في الفحص الطبي الروتيني يبحث الطبيب عن أي شيء غير طبيعي ويتحسس أي كتلتات أو نمو، ولكن هناك الفحوصات المتخصصة مثل الفحوصات المخبرية، والأشعة السينية، ووسائل أخرى تستخدم بشكل روتيني لأنواع محددة من السرطانات.

- سرطان الثدي: التقاط صورة الأشعة السينية (Mammigram) هي أفضل الوسائل لاكتشاف سرطان الثدي قبل ظهور أعراضه، وهي صورة خاصة للثدي بالأشعة السينية. لقد أثبتت النتائج أن هذا الفحص المبكر لسرطان الثدي يؤدي إلى انخفاض معدلات الوفاة من هذا المرض، والمعهد الوطني للسرطان ينصح النساء في سن الأربعين فما فوق بإجراء صورة اشعة سينية بشكل منتظم كل سنة أو سنتين.
- عنق الرحم: يستخدم الأطباء ما يسمى (Pap smear) أو (Pap test) مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان عنق الرحم، وحيث تجمع الخلايا من عنق الرحم وتفحص مجهرياً للكشف عن السرطان أو أي تغيرات قد تؤدي للسرطان.
- القولون والمستقيم: توجد عدة طرق للفحص المبكر لسرطان القولون والمستقيم. إذا تعدى عمر الشخص خمسين عاماً وكان له سجل عائلي بسرطان القولون أو المستقيم أو كان معرضاً لأي من العوامل المسببة لهذه السرطانات فإن الطبيب قد يقترح بعض الفحوصات:

- فحص الاصبع الشرجي ( Digital rectal exam ).
- أحيانا تسبب الأورام في القولون أو المستقيم نزيفا وحينها يستخدم فحص الدم الخفي في البراز ( Fecal occult blood test ) للكشف عن وجود الدم في البراز.
- وأحيانا يستخدم الطبيب أنبوبا رفيعا ومضيئا يسمى منظار المستقيم ( Simoidoscope ) لفحص المستقيم والقولون السفلي. ولفحص كامل القولون والمستقيم يستعمل جهاز مضيء يدعى منظار القولون ( Colonoscope ). وإذا كشف الفحص عن وجود مناطق غير طبيعية قد تنزع بعض الأنسجة لفحصها مخبريا.
- حقنة الباريوم الشرجية ( Barium enema ) هي سلسلة صور بالأشعة السينية للقولون والمستقيم، حيث يعطى المريض حقنة شرجية تحتوي محلول الباريوم الذي يقوم بتلوين القولون والمستقيم على صورة الأشعة السينية.
- مع أن الفحص المبكر لبعض أنواع السرطانات الأخرى قد ينقذ الأرواح، إلا أن الأطباء يوصون بالفحص المبكر لسرطانات الجلد والورثة والتجويف الفموي. كما أن الأطباء قد يوصون بالفحص المبكر لسرطانات البروستات والخضيتين للرجال، وسرطان المبيض للنساء.
- إن الأطباء ينظرون إلى عدة عوامل قبل التوصية بفحص مبكر، فهم ينظرون إلى العوامل المرتبطة بالفرد، أو بالفحص، أو بنوع السرطان الذي يبحث عنه الفحص. فعلى سبيل المثال، يأخذ الأطباء بعين الاعتبار سن الشخص وتاريخه الطبي وحالته الصحية العامة وتاريخ عائلته ونمط حياته. مع التركيز على مخاطر إصابة الشخص بأنواع محددة من السرطان. بالإضافة لذلك، فإن الطبيب يقيم دقة ومخاطر الفحص نفسه وفحوص المتابعة التي قد تلزم. كما يقيم فعالية العلاج والآثار الجانبية المصاحبة له في حال تم اكتشاف المرض.
- وقد يرغب الناس بالتشاور مع الطبيب حول أية مخاوف أو استفسارات حتى يتمكنوا من موازنة المخاسن والمخاوف، ليتوصلوا إلى قرار مناسب حول إجراء الفحص المبكر ( مركز الحسين للسرطان، 2005-أ ).

## أعراض مرض السرطان

- للسرطان أعراض متنوعة، وفيما يلي بعضها:
- زيادة سماكة أو انتفاخ في الثدي أو أي جزء آخر في الجسم.
- تغيرات واضحة في التئلول أو الشامة.
- قرحة جلدية لا تشفى.
- سعال مستمر أو بحة في الصوت.
- تغيرات في عادات الأمعاء أو المثانة ( أوقات التبول أو التبرز).
- عسر هضم أو صعوبة في البلع.
- تغير غير مبرر في الوزن.
- نزيف أو إفرازات غير طبيعية.

عندما تظهر هذه الأعراض أو غيرها فهي ليست دائما بسبب السرطان. ربما تكون ناتجة عن التهاب أو ورم حميد أو مشاكل أخرى. من المهم مراجعة الطبيب عند ظهور أي من الأعراض المذكورة أو أي تغير جسدي آخر، لأن الطبيب وحده قادر على التشخيص، ويجب على المرء أن لا ينتظر حتى يشعر بالألم لأن السرطان في مراحله المبكرة لا يسبب ألما.

- التشخيص: إذا كانت الأعراض ظاهرة يحقق الطبيب في التاريخ الصحي للمريض ويوصي بإجراء فحوص طبية، بالإضافة إلى فحص العوارض العامة للصحة قد يوصي الطبيب بإجراء فحوص مختلفة قد تشمل فحوص مخبرية وشعاعية، وعادة يكون من الضروري فحص الأنسجة عن طريق إجراء خزعة ( Biopsy ) لتحديد إذا ما كان هناك سرطان أم لا.
- الفحوص المخبرية: فحوصات الدم والبول تعطي الطبيب معلومات هامة عن الحالة الصحية للشخص. في بعض الحالات تجرى فحوص خاصة لقياس كمية مواد معينة تسمى "مؤشرات الورم" في الدم أو البول أو أنسجة معينة. قد تكون مستويات مؤشرات الورم شاذة إذا تواجدت أنواع معينة من السرطان، ولكن الفحوص المخبرية لوحدها لا تكفي لتشخيص السرطان.

- التصوير: الصور التي تلتقط لمناطق داخل الجسم تساعد الطبيب على معرفة ما إذا كان هنالك ورم أم لا. وهذه الصور لداخل الجسم يتم التقاطها بعدة طرق منها:
  - الأشعة السينية هي الوسيلة الأكثر شيوعاً لرؤية الأعضاء والعظام داخل الجسم، وعملية التصوير الطبقي المحوسب بالأشعة السينية (Computer tomography (CT or CAT scan) هي طريقة مميزة من التصوير يتم فيها ربط الحاسوب بجهاز تصوير الأشعة السينية لالتقاط سلسلة من الصور.
  - المسح الطبقي بالنظائر المشعة ( Radionuclide scanning ) عملية يتلصق فيها المريض جرعة من مادة مشعة أو يحقن بها. ثم تقوم آلة المسح الطبقي بقياس مستوى النشاط الإشعاعي في بعض الأعضاء وتطبع صورة لذلك على ورقة أو فلم. وبعدها يستطيع الطبيب تحديد المناطق الشاذة من خلال النظر إلى مجموع النشاط الإشعاعي في الأعضاء. ويقوم جسم المريض بالتخلص من المادة المشعة التي ابتلعها بسرعة بعد إجراء الفحص.
  - الفحص بالموجات فوق الصوتية ( Ultrasonograph ) وهو إجراء آخر للنظر إلى مناطق أخرى داخل الجسم من خلال إطلاق موجات فوق الصوتية، أي بذبذبة عالية لا يمكن سماعها بأذن الإنسان، فتدخل الجسم وترتد عائدة. اصداء هذه الموجة تنتج صورة تسمى الصورة فوق الصوتية، وهذه الصور يمكن أن تعرض على شاشة مثل الجهاز أو تطبع على ورق.
  - صور الرنين المغناطيسي ( MRI ) يتم فيها ربط مغناطيس ذي طاقة عالية بالحاسوب ليعطي صوراً تفصيلية لمناطق من الجسم. وهذه الصورة يمكن عرضها على شاشة أو طبعاها على ورق.
  - فحص الأنسجة ( Biopsy ): فحص الأنسجة مهم لمساعدة الطبيب على تشخيص السرطان. وفي عملية فحص الأنسجة تؤخذ عينة من الأنسجة للفحص تحت المجهر من قبل اختصاصي الأمراض ( Pathologist ) ويتم أخذ عينة الأنسجة بثلاث طرق: التنظير، أو الإبرة، أو الجراحة.
  - عند أخذ عينة بالتنظير ( Endoscopy ) يقوم الطبيب بالنظر إلى مناطق داخل الجسم من خلال أنبوب رفيع ومضيء، ويسمح التنظير للطبيب بمعرفة ما يحصل



داخل جسم المريض، والتقاط الصور، كما يمكن له نزع أنسجة أو خلايا لفحصها إذا دعت الضرورة لذلك. عند أخذ عينة الأنسجة بالإبرة يقوم الطبيب بأخذ عينة من الأنسجة بغرز إبرة في المنطقة التي يشتبه بكونها شاذة. ويمكن للطبيب عند الجراحة إجراء واحدة من عمليتين:

- الخزعة الاستصالية (Excisional biopsy) وعندها يقوم الجراح بإزالة الورم بكامله، وأحيانا يزيل معه بعض الأنسجة السليمة المحيطة به.

- الخزعة الشقية (Incisional biopsy) فيزيل الجراح قسما من الورم. فإذا ثبت وجود السرطان تتم إزالة كامل الورم فوراً أو في عملية لاحقة.

بعض المرضى يبدون قلقاً من أن إجراء فحص الأنسجة (أو أي نوع آخر من الجراحة المتعلقة بالسرطان) قد يعمل على نشر السرطان. إن هذا لا يحصل إلا في حالات نادرة، لأن الجراحين يستخدمون تقنيات خاصة، ويأخذون الاحتياطات المتعددة لمنع السرطان من الانتشار أثناء الجراحة. فعلى سبيل المثال، إذا كان من اللازم إزالة عينات من الأنسجة من أكثر من موقع، فإنهم يستخدمون أدوات مختلفة لكل موقع، كما يتعمدون إزالة كمية من النسيج الطبيعي غير المصاب مع الورم، وهذا يقلص إمكانية انتشار السرطان في الأنسجة السليمة.

بعض الناس يتخوفون من انتشار السرطان عند تعرضه للهواء أثناء العملية الجراحية، وهذا الخوف ليس مبرراً لأن التعرض للهواء لا يسبب انتشار السرطان.

- تحديد مرحلة الإصابة (Staging): عندما يتم تشخيص السرطان. يتوجب على الطبيب تحديد المرحلة أو المدى الذي يصل إليه المرض. تشخيص المرحلة هي محاولة دقيقة لمعرفة ما إذا كان السرطان قد انتشر، وإذا كان انتشر فإلى أي أعضاء من الجسم، لأن قرارات المعالجة تعتمد على هذا التشخيص المرحلي. وقد يطلب الطبيب فحوصاً مخبرية إضافية وتصويراً أو فحوصاً أنسجة إضافية لمعرفة ما إذا كان السرطان قد انتشر.

- التنبؤ ( Prognosis ): عملية التنبؤ بتطور المرض ونتيجته قد تكون مؤشرا على إمكانية الشفاء منه، ولكن هذا لا يعدو كونه تنبؤا. وعندما يتناقش الأطباء حول فرص المريض فإنهم يحاولون التنبؤ ماذا يمكن أن يحصل لهذا المريض. وفرص مريض السرطان تتأثر بعدة عوامل خصوصا نوع السرطان، والمرحلة التي وصل إليها المرض، ودرجته ( مدى قرب الشبه بين السرطان والأنسجة السليمة )، وسرعته في النمو والانتشار، وهناك عوامل أخرى تؤثر على الفرص منها عمر المريض والحالة الصحية العامة، وتجاوبه مع العلاج. وكلما تغيرت هذه العوامل مع الوقت تغيرت فرص المريض تبعاً لذلك. ( مركز الحسين للسرطان، 2005-أ).

## أسر الأطفال المصابين بالسرطان

أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

أسر الأطفال المصابين بالسرطان

الضغط النفسي ومصادر الضغوط للمعاقين وأسرههم ومحدداته

اتساق التكيف مع الإعاقة وحاجات ذوي الإعاقات

مراحل التكيف التي يمر بها الوالدان مع طفلهم المعاق

تأثير الإعاقة

دعم الأسرة

دراسات حول موضوع الضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين



## الفصل الخامس

### أسر الأطفال المصابين بالسرطان

#### أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

إن تربية الأطفال بشكل عام وتنشئتهم التنشئة الصحيحة مسئولية كبيرة ومهمة صعبة وشاقة، وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للأطفال العاديين، فإن تربية الطفل المعوق أكثر صعوبة وأكثر مشقة، لأن أسرة الطفل المعوق تواجه مشكلات وتنصدي لتحديات خاصة إضافية، وتنطوي الإعاقة غالباً على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، تختلف من فرد إلى فرد ومن أسرة إلى أسرة. فكل طفل له خصائصه وصفاته التي تميزه وكذلك كل أسرة لها خصائصها الفريدة وتمتع بمواطن قوة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة.

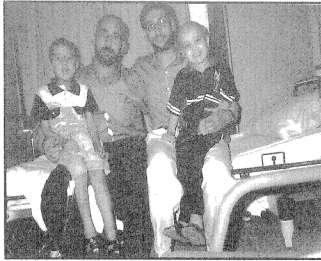
ولا بد عند الحديث عن الأسرة والطفل ذي الحاجات الخاصة من التأكيد على

قضايا منها:

أن الإعاقة قد تفرض على الوالدين تغييرات مهمة في مجرى حياتهما كما أنها تفرض على المعاق تغييرات كثيرة، وأن الإعاقة شيء غير متوقع فكل أم وأب في الدنيا ينتظران طفلاً عادياً لا بل مثالياً، فليس غريباً أن تمثل إعاقة الطفل صغعة قوية للآمال، وكذلك فإن الإعاقة تحدث ضغوطاً و ردود فعل نفسية مختلفة الشدة سواء على الفرد نفسه أو على الأسرة أو على الأخوة والأخوات يصاحبها ردود فعل أيضاً مختلفة من الوالدين ومرآحل تكيف متدرجة وهذا أمر طبيعي ومتوقع .

#### الأسرة

- تعريفها: هي مجموعة من الأشخاص يرتبطون معا بروابط الزواج أو الدم أو التبني، ويعيشون تحت سقف واحد، ويتفاعلون معا وفقاً لأدوار اجتماعية محددة ويختلفون ويحافظون على نمط ثقافي عام .



### وظائفها:

1. التربية الجسدية: اختيار الأم، الفحص قبل الزواج، الحمل، الغذاء، .....
2. التربية العقلية: التعليم، الثقيف، ...
3. التربية الاجتماعية والخلقية: الأصدقاء وتكوين العلاقات، والاحترام و....
4. التربية الدينية: العبادات والشعائر ..
5. التربية الترويحية: أوقات الفراغ والاستفادة منها، الرحلات، .... (الرشدان و جعيني، 1997) .

### ذو الحاجات الخاصة

هم الأفراد الذين يختلفون اختلافا ملحوظا وبشكل مستمر عن الأطفال العاديين، الأمر الذي يحد من قدرتهم على النجاح في تأدية النشاطات الأساسية الاجتماعية والتربوية والشخصية ( الحديدي و الخطيب، 2002 ).

### الحاجات الضرورية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم

أ. حاجات عامة: وهي الحاجات الأساسية المشتركة بين المعاقين وغير المعاقين. حسب هرم ماسلو للحاجات، وهي: الحاجة إلى الطعام والشراب والدفء والحماية، والأمن والطمأنينة، والانتماء، والتقدير الذاتي، والشعور بالأهمية، والقدرة على العطاء، (القذافي، 1993).

- ب. حاجات خاصة: ويختص بها ذوو الحاجات الخاصة وبالتالي أسرهم، ومنها:
1. الخدمات الصحية والطبية المساندة: العلاج الفيزيائي، العلاج الوظيفي .
  2. الحاجة للتعديلات البيئية المناسبة: تعديل طرق، حمامات.
  3. توفير الأدوات المساعدة: الكرسي المتحرك.
  4. الحاجة إلى أدوات تعليمية غير عادية.
  5. التأهيل المهني والتهيئة المهنية وخدماتها .
  6. الدعم النفسي: الخدمات النفسية والإرشادية لتقبل الإعاقة وتطوير القدرات.
  7. الدعم الاجتماعي: ويتمثل بتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو المعاق وأسرتهم وجعلها إيجابية، وكذلك حاجته وحاجة أسرته إلى المعلومات الدقيقة عن الإعاقة وطبيعتها والتعامل معها، والحاجة لمعلومات عن المؤسسات والصادر الداعمة .
  8. الحاجة للدعم المادي وتوفير ما يلزم لشراء حاجياته .
  9. الحاجة للدمج: وذلك بتقديم الخدمات ضمن الإطار المجتمعي وأقران المعاق العاديين .
  10. الحاجة للعمل والاستقلالية والالتحاق بمهن تناسب إعاقته .
  11. الحاجة الخاصة للاهتمام بأسرة المعاق وخاصة والديه وإراحتهم والاعتناء بهما.
  12. الحاجة إلى الإرشاد التربوي والنفسي للأسرة بشكل عام والوالدين والأخوة والأخوات بشكل خاص للاعتبارات المتعلقة بوقوع حالة من الاكتئاب الزوجي بعد ميلاد الطفل المعاق، وإمكانية ازدياد حالة عدم اندماج الأسر دون وجود الشرخ الأسري. ( كاشف، 2001).

### اسر الأطفال المصابين بالسرطان

تختلف الضغوطات الملازمة لخبرة السرطان بالنسبة للطفل والأسرة، فبالنسبة للطفل يعني السرطان وجود مرض مهدد للحياة، والبقاء في مواجهة مع الموت المحتمل. أما بالنسبة للأسرة، فيعني السرطان التعايش بشكل واقعي مع طفل مريض، والتهديد بفقدان عنصر من الأسرة ( Van Dongin and et al , 1986 ).

وتؤكد التقارير الطبية والسيكولوجية الخاصة بالطفل والأسرة على وجود علاقة بين حالة الطفل النفسية والاجتماعية ومدى تقبله وتقديمه في العلاج كما تؤثر حالة الأسرة، ومدى تفهمها للمرض وأسلوب العلاج على نجاح خطة العلاج. (Stephen and et. al, 1996).

إن ردود الفعل نحو هذا المرض المزمن الذي يصيب الطفل ليست سلبية بالضرورة في كل الحالات. فهناك نفس المقدار من السعادة والرفقة مع الطفل المريض كما هي مع الطفل السليم، وهناك أيضا أمثلة عديدة لأطفال مرضى بأمراض مزمنة جلبوا تجارب إيجابية لأهلهم وأقاربهم مما قوى علاقاتهم الأسرية وعمقها، ولا بد من الإشارة إلى أنه حتى في أكثر الأطفال إعاقة ومرضا هناك ما يزال إنسان يفكر ويشعر ويتأثر (Kholer, 1996).

#### الضغط النفسي ومصادر الضغوط للمعاقين أو أسرهم ومحدداته

يعرف الضغط النفسي بأنه: أية ظروف أو مواقف تتطلب تغييرا في أنماط الحياة السائدة لدى الإنسان.

وقد اقترح سليليه أن الجسم يستخدم ما يعرف باسم "ظاهرة التكيف العام" لمواجهة الضغط على ثلاث مراحل ( الإنذار، المقاومة، الإنهاك )، وما يصاحبه من أعراض .

هناك ثلاثة مصادر للضغوط يمكن أن يتعرض لها الأفراد بشكل عام والمعوقون وأسرهم بشكل خاص:

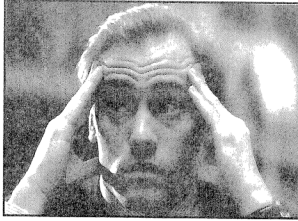
#### أولاً: الإحباط

• تعريف الإحباط: وردت تعريفات عدة للإحباط منها ما يلي:

1. عملية تتضمن إدراك الفرد لعائق يعيق إشباع حاجة له، أو توقع حدوث هذا العائق في المستقبل، مع تعرض العضوية من جراء ذلك نوع ما من أنواع التهديد .
2. وهو عبارة عن حالة نفسية يمر بها الفرد بسبب العقبات أو الموانع التي تحول دون تحقيق الفرد لحاجته البيولوجية والمكتسبة وقد تكون الإحباطات بيئية أو اجتماعية:



أما البيئية: فهي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الفرد ففي حالة المعوقين حركياً، يمكن أن تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول إليها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة بالمعوقين. وأما العقبات الاجتماعية: فتتمثل بالتحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو المعوقين وأسرهم واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غيرهم في المجتمع. وتعتبر الإحباطات الاجتماعية أكثر إيذاءً للأفراد المعوقين وأسرهم، وذلك لأنها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية، ولا يغيب عن الذكر أن



هذا النوع من الإحباطات يمارس بشكل خفي غير معلن، فالقوانين يمكن أن تعالج ولكنها لا تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع (سرطاوي و صمادي، 1998).

(\*) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان

ثانياً: الصراع

يعرف بأنه حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً، ويكون كل منهما قائماً لديه .

قد يضطر المعاق أو أسرته لتقييد أنفسهم باختيارات معينة خاضعة لطبيعة الإعاقة وتقع ضد رغباتهم على عكس العاديين الذين لديهم كم هائل من الخيارات، وفي ضوء ما سبق فإن الصراع يشكل مصدراً آخر من مصادر الضغوط النفسية .

ثالثاً: المطالب الاجتماعية

وتعتمد على ما يفرضه المجتمع من توقعات على المعاق أو أسرته، فإذا كانت في حدود قدراتهم و يستطيعون تحقيقها فإنها لا تشكل لديهم مشكلة بل العكس تساعد في إمكانية تكيفهم مع الإعاقة، وإذا حدث العكس ( زادت هذه التوقعات لتفوق

قدراتهم) فإنها تشكل مصدرا ضاغظا لهم وتجعلهم يشعرون بالضيق والخرج (سرطاوي وصمادي، 1998).

#### العلاقة بين الإعاقة والضغط النفسي

يمكن تعريف الإعاقة على أنها حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية. (السرطاوي والصمادي والقريوتي، 1995).

وعليه فإن أية إعاقة يمكن اعتبارها مسبباً لوجود الضغط النفسي أو مصدرا له، وذلك لما يترتب عليها من القيام بالعديد من الاستجابات للمتطلبات التكيفية (DeLoach and Greer, 1981). وهذا بدوره من شأنه أن يفتح المجال لإلقاء الضوء على مجموعة الأفراد الذين هم عرضة للضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة.

#### محددات الضغط النفسي

يتوفر الآن كم هائل من المعلومات التي تربط عوامل عديدة ومتنوعة بمستوى الضغط النفسي.

هذه العوامل قد ترتبط بالطفل الموق، أو بوالديه، أو بالأخوة، أو بالعائلة الممتدة، أو بالمؤسسات التي تعنى برعاية الطفل.

أ. الطفل المعاق: يرتبط فيها الضغط النفسي بعمر الطفل، وخصائصه، وشدة إعاقته، ووجود إعاقات وحاجات مصاحبة لها.

ب. الوالدان: ويرتبط بالمستوى الثقافي والاجتماعي لهما، والذكاء والمهارات اللفظية، والهمة والمثابرة وخصائصهما الشخصية، وطبيعة المهنة (العمل الشاق)، والعمر، والخبرة السابقة.

ج. بُنية العائلة: وترتبط بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، ودعم الأب للأُم (طبيعة العلاقة الزوجية بينهما)، والعوامل الاجتماعية.

د. العائلة الممتدة والأصدقاء والمؤسسات المهنية المتخصصة ويرتبط تأثيرها بالدور الذي تقوم فيه (الحديدي والحطيب، 1992).

## أنماط التكيف مع الإعاقة وحاجات ذوي الإعاقات

### أولاً: الاستسلام والخضوع:

أي وصول الفرد إلى حالة اليأس، بحيث لا يقوم بأي استجابات تكيفية، أو العجز المتعلم .

### ثانياً: استخدام وسائل الدفاع (ميكانزمات الدفاع):

ومن هذه الميكانزمات التي يتم استخدامها من قبل المعاقين أو أسرهم والتي تختلف من شخص لآخر ومن وقت لآخر تبعاً لعدة عوامل:

1. الإنكار: رفض الحقيقة وعدم الاعتراف بالواقع .
2. الانسحاب الاجتماعي: تمركز الأسرة حول ذاتها، وعدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والانعزال بسبب الإعاقة .
3. النكوص: العودة إلى استجابات لا تعكس المرحلة النمائية التي يمر فيها العاديون ( يتراجع عن مظاهر مرحلة نمائية ) .
4. أحلام اليقظة: اللجوء إلى تحقيق الطموحات التي لا تحقق واقعا بالانسحاب إلى الأحلام وتحيلها .
5. الكبت: تحويل الصراعات من الشعور إلى اللاشعور .
6. التبرير: تفسير منطقي لأحداث ومواقف ولكنها تكون غير واقعية .
7. الإسقاط: إلقاء ما لدى الأسرة من صفات غير مرغوب فيها على الآخرين .
8. التعويض: الاهتمام بأحد جوانب القوة لدى الأسرة لتغطية جانب الضعف .
9. رد الفعل المعاكس: أن يقوم الشخص بعمل مخالف لما يبطن .
10. التسامي: تغيير الغاية مع بقاء المصدر ( كما في حالة الاعتداء على شخص ما بسبب وقوع اعتداء عليه من قبل شخص معين في يوم ما ) .

### ثالثاً: الاستجابات الموجهة نحو المشكلة (المهمة):

وتركز على الحاضر والمستقبل، وتجعل الفرد أو الأسرة تتعامل مع هذا الواقع الجديد، وتأخذ بعين الاعتبار البدائل، وتعترف بالإعاقة. وتستخدم أسلوب حل المشكلات.

العوامل التي يعتمد عليها تكيف الأسرة مع الإعاقة:

إن التكيف أو الردود الانفعالية تلك التي يظهرها الفرد المعاق تجاه إعاقته تتحدد في ضوء عدة عوامل أهمها:

1. طبيعة الإعاقة: ويندرج ضمنها:

- نوع الأعراض المصاحبة لها كدخول المستشفى.
- مقدار ما يصاحبها من ألم.
- شدتها .

• موقعها: حيث يختلف رد الفعل لو كانت الإعاقة في أماكن حساسة أو معيقة للحركة أو ظاهرة، فالحروق الشديدة في الوجه قد يكون لها عواقب نفسية أشد من عواقب فرط ضغط الدم الشديد بالرغم من أنه يشكل تهديدا مباشرا على حياة الفرد .

2. عمر الفرد عند الإصابة بالإعاقة: إن فترة حدوث الإعاقة في مرحلة ثمانية معينة من دورة حياة الإنسان يلعب دورا هاما في مستوى تكيف الفرد للإعاقة وردود فعله اتجاهها، وبالتالي الأسرة .

3. توفير البرامج والخدمات العلاجية: والذي من شأنه أن يحدث أثرا هاما في التكيف النفسي للشخص ولأسرته .

4. الاتجاهات المجتمعية نحو الإعاقة: وهذه يمكن أن تشكل مصادر داعمة لمساعدة أسرة المعاق على تقبل الإعاقة فيما لو كانت إيجابية، كما يمكن أن تشكل مصادر للضغط والإحباط وعدم الاطمئنان .

5. مستوى الرضا المهني لدى الشخص: من حيث الاحتفاظ بعمله أم لا، وما يترتب على الأسرة بالتالي من تحمل نفقاته وكونه عائلة عليهم .

6. الدين والفلسفة الحياتية: مما لا شك فيه أن العلاقة بالله سبحانه والإيمان بقضائه وقدره لها دور كبير في تقبل الإعاقة والتعايش معها بشكل إيجابي .

7. البنية الشخصية قبل حدوث الإعاقة: فإذا كان الشخص اعتماديا مثلا فالإعاقة تزيد من اعتماديته، أما إذا كان نشطا جسديا ومعتمدا على ذاته فعلى الأغلب أن الإعاقة ستجعله يشعر بكثير من الإحباط وربما اليأس، وهذا بالتالي يترك أثرا سلبيا. ويرى البعض أن العوامل المؤثرة على تكيف الأسرة مع الإعاقة هي:

#### 1. الحالة الاقتصادية:

ويتم فهم ذلك أكثر عند المقارنة بين الأسر ذات الدخل المتوسط مع تلك الأسر التي تواجه الفقر من أصحاب الدخل المنخفضة .

#### 2. الطبقة الاجتماعية:

أشار (ويلسن، 1982) أن الطبقة الاجتماعية أصبحت أكثر أهمية في تحديد فرص الحياة عند السود في الفترة الصناعية، للطبقة دور كبير في تكيف هذه الأسر مع الإعاقة.

#### 3. الناحية الثقافية:

الخلفية الثقافية ضرورية ولها أهمية كبرى في تحديد كيفية تكيف هذه الأسر مع الإعاقة، وكلما كانت خلفيتيها الثقافية (الوالدان) أكبر ووعيهم أكثر كان تعرفهم أسرع على هذه الإعاقة والتعامل معها وتقبلها .

#### 4. ترتيب الطفل في الأسرة:

أثبتت دراسات أنه إذا كان الطفل المعاق أول طفل يولد لهذه الأسرة كانت صدمتها أكبر لما كانا يتوقعانه ويحلمان به، مما يؤثر على تكيف الأسرة .

#### 5. وجود أطفال معاقين آخرين في الأسرة:

إن ذلك يؤدي إلى سهولة التعرف على الإعاقة، وبالتالي التكيف لهذه الأسرة .

#### 6. الدعم الاجتماعي:

ما لا شك فيه أن الدعم الاجتماعي الذي يقدم لأسرة المعاق يسهل تقبلها لهذه الإعاقة وعدم الاستمرار في التهرب والسكران.

7. الإعاقة وشدتها وما يتعلق بها ( الخطيب، 1998 ).

ردود الفعل النفسية للأباء و الأمهات:

1. الاعتراف بوجود الطفل المعاق في الأسرة وتقبله كما هو:

يلاحظ أن بعض الوالدين يتقبلون حقيقة الأمر مع علمهم بصعوبة المشكلة وأهميتها ويسعون بشكل واع للاستمرار في حياتهم العادية مع الاهتمام برعاية طفلهم المعاق بالإضافة إلى الاهتمام بأطفالهم الأسوياء دون أن يكون لذلك تأثير على النمو الطبيعي المعتاد في علاقات الأسرة وأسلوب حياتهم المعتاد .

2. الشعور بالصدمة ونكران وجود الإعاقة عند الطفل:

فقد تشعر الأسرة في بعض الأحيان أن وجود طفل معاق يشكل صدمة كبيرة لا يمكن احتمالها، وتميل بالتالي إلى إنكار تلك الحقيقة والإصرار على أن هذا الطفل سوي ولا يختلف عن اخوته العاديين إلا في بعض المظاهر التي ستزول فيما بعد. إن ردود الفعل هذه التي تظهر عند الأسرة أحيانا تؤدي إلى ضياع التخطيط و إلى تشويش العلاقات الأسرية وخاصة فيما يتعلق بالطفل المتخلف نفسه الذي قد يعاني من إهمال الأسرة ورفضها له وعدم إشباعها لحاجاته المتعددة .

3. الشعور بالشفقة على الذات:

في بعض الحالات يميل الوالدان إلى إبداء مشاعر إيجابية وأتجاهات موضوعية نحو الطفل المختلف، يميلون معها إلى نوع من الإشفاق على أنفسهم، فنجدهم في مثل هذه الحالة يبرون لأنفسهم ويغرقون في التساؤل عن سبب حدوث ذلك الأمر لهم بالذات.

4. الحيرة والارتباك:

فقد تظهر لدى الأسرة ردود فعل محيرة نحو الطفل المختلف يتعكس على علاقتها معه بشكل واضح تماما، فقد تجد الأسرة نفسها ترفض الطفل وتهمله وتبذئه أحيانا ولكنها تعود إلى حمايته حماية زائدة وإغراقه بالمحبة والعطف والحنان أحيانا أخرى، إن مثل هذه المشاعر المحيرة تتناوب عند بعض أفراد الأسرة فتتأرجح مشاعرهم نحو الطفل بين الرفض والإهمال من جهة وبين العطف والحنان من جهة ثانية.

## 5. الإسقاط:

يكون ذلك على شكل إلقاء اللوم على الآخرين كأن يلوم الآباء في مثل هذه الحالة الطيب الذي أشرف على الولادة أو المعلم الذي لا يحسن التعامل مع الأطفال أو الظروف الصعبة التي تمر بها الأسرة أو المجتمع بشكل عام، ومن هذه الأمور الاتهامات على لسان بعض الوالدين .

## 6. الشعور بالذنب والعار والكآبة:

تتمثل هذه المشاعر بتساؤلات الوالدين عند إدراكهم حقيقة إعاقة طفلهم . أما مشاعر الذنب التي يعاني منها الوالدان فتتمثل في إدانة وتجريم الذات والشعور بالأسف والقلق مما يقود إلى شعور بالكآبة يرافقه شعورهما بلوم الذات وتأنيب الضمير والقلق على مستقبل الطفل ( يحيى، 2008 ) .

وكذلك ترى ( نياري، 2002 ) أنه لاستجابة الأسر عدة أشكال منها: أسر تعاني من الإحباط، أسر أقل إحباطا وتراوح بين التقبل وعدم التقبل، وأسر تنكر الإعاقة، و أسر تتقبل الأمر برضى وتفهم وتفكر بالبحث عن حلول مناسبة، وأسر تهمل هذا الأمر، وأسر تتذبذب بين الإهمال والحماية الزائدة، وأسر مرتبكة محتارة و أسر ...

## مراحل التكيف التي يمر بها الوالدان مع طفلهم المعاق

1. وعي الوالدين وإدراكهما أن طفلهما الجديد يختلف عن غيره من الأطفال العاديين، ويرافق هذا الوعي شعورهما بالصدمة والارتباك والحيرة ومحاولان معها الانسحاب من الموقف وإنكار كل الدلائل التي يمكن أن تشير إلى الإعاقة عند الطفل، ويعاني الوالدان في هذه المرحلة كثيرا من مشاعر الأسف والأسى والإحساس بعدم الجدوى فهما لا يستطيعان أن يتخيلا أنفسهما كوالدين لطفل معاق عقليا أو حركيا، ولا يستطيعان أن يتمثلا الوضع المقبل الذي ستكون عليه الأسرة بعد الآن.

إن مشاعر الحزن والأسى والحيرة والذنب والتأنيب والحجل هي أكثر ما يميز هذه المرحلة التي يمر بها والدا الطفل المعاق لدى إدراكهما حقيقة الأمر بالإضافة إلى لوم الذات .

2. تتمثل في مواجهة مشكلة الطفل المعاق واعتراف الوالدين أن هنالك مشكلة حقيقية تواجههما وأنه لا مجال للإنكارها، لأن ذلك لن يجدي وأنه لا بد من التعامل المثمر مع هذه المشكلة .
3. تأتي هذه المرحلة كنتيجة حتمية للمرحلة السابقة التي يعترف فيها الوالدان بحقيقة إعاقة طفلهما، فنجدهما يسعيان للبحث المستمر عن سبب المشكلة، يندفع الوالدان هنا إلى البحث مع الأطباء والأخصائيين النفسيين والتربويين عن سبب المشكلة تدفعهما في ذلك الرغبة في عدم إنجاب طفل آخر معاق أو رغبتهما في إيجاد طريقة للتخلص من معاناة الشعور بأنهما مسئولان شخصيا عن إعاقة طفلهما هذا.
- إن أبرز مظاهر السلوك التي تبدو عند الوالدين في هذه المرحلة هي ما يصفه البعض بسلوك "التسوق" ذلك أنهما يستمران في سعيهما للبحث عن تشخيص جديد للحالة والتعرف على الأسباب الحقيقية لها مع كل ما يستطيعون الوصول إليه من الأطباء والأخصائيين الذين يمكن أن يقدموا لهم تفسيراً للحالة.
4. تتمثل هذه المرحلة في البحث عن العلاج والوسائل والطرق الكفيلة بشفاء العلة، وذلك بعد أن يكون الوالدان قد أدركا حقيقة الإعاقة وأسباب ذلك، و بعد أن يكونا قد أدركا أنه قد لا يكون هنالك سبب واحد لتلك الحالة، وبما يميز سلوك الوالدين في هذه المرحلة ميلهما للتمسك بالاعتقاد أن الطب وعلم النفس لا بد أن يجيدا العلاج الشافي لتلك الحالة فيسعيان دائما إلى البحث عن علاج بدلا من محاولتهما وضع الطفل في صفوف أو مراكز خاصة قد تناسب حالة الطفل أكثر من المدارس العادية، وهذا البحث عن علاج وإن كانت تبطنه بعض المشاعر الداخلية من أنه بحث قد لا يكون مجديا إلا أنه يستمر لفترة طويلة من الزمن بدا فع الرغبة في التخلص من تلك المشكلة (أنه شكل آخر من أشكال التسوق يظهر فيه الوالدان مصممين على البحث عن علاج، وإبقاء الطفل في المدرسة مع غيره من الأطفال العاديين) .
5. تتمثل هذه المرحلة الأخيرة في قبول الحقيقة وإدراك الوالدين لحدود قدرات الطفل المعاق وإمكاناته الحقيقية، وذلك بعد أن يصلا إلى أن كل جهودهما في البحث عن علاج لم ولن يكون لها نتيجة إيجابية في شفاء هذه الحالة .



وهنا ينتقلان من مرحلة البحث عن علاج إلى مرحلة تتميز على نحو خاص بالبحث عن الوسائل الواقعية الكفيلة بمساعدة طفلهما هذا على النمو السليم في حدود إمكانياته وقدراته واستعداداته التي قد تكون محدودة جدا .

وفي هذه المرحلة وربما لأول مرة تظهر لدى الوالدين ردود فعل إيجابية نحو الطفل يدرك معها الوالدان حاجة الطفل الحقيقية إلى الاهتمام والرعاية أكثر من أخوته العاديين، كما يدركان أن هذا الطفل يمكن أن ينمو بشكل أفضل مما هو عليه الآن إذا ما أتيحت له فرص التعلم والتدريب في جو يسوده التقبل والعطف، وتبدو مظاهر التقبل عند الوالدين في تساؤلاتهما حول مستقبل الطفل والطرق الكفيلة بمواجهة احتياجاته والوسائل المتوفرة في البيئة لتحقيق ذلك ( مجيى، 2008 ).

### تأثير الإعاقة

مهما اختلفت طرق تقبل الأسرة لطفلها المعاق، فإن هذا سيؤثر على:

#### 1. الأسرة (بشكل عام)؛

يظهر تأثير الطفل المعاق في حياة الأسرة واضحا في نشاطاتها اليومية وعلاقاتها الاجتماعية ووضعها الاقتصادي وأسلوبها في التعامل مع الطفل نفسه ومع غيره من الأطفال الأسوياء، ويظهر هذا التأثير في المظاهر التالية التي تميز حياة الأسرة:

#### 1. الميل نحو الرعاية والحماية الزائدة للطفل المعاق:

وينبع هذا الميل من رغبة الفرد الطبيعية في حماية من هم أقل منه قوة وشأنا وخاصة إذا كانت هذه الرغبة من الوالدين نحو طفلهما المعاق .

وبالرغم من أن النزعة لحماية الطفل المعاق قد تبدو أسهل الطرق في التعامل مع هذا الطفل بالإضافة إلى إشباع بعض حاجات الأنا عند كل من الوالدين إلا أن نتيجتهما المحتملة ستكون فشل الوالدين في تشجيع الطفل المعاق لتنمية إمكانياته المحدودة والوصول به إلى أقصى حدود النمو الذي توهله له إمكانياته، وبالتالي حرمانه من القدرة على تحمل المسؤولية والاعتماد على الذات وهي مقدمات أساسية في عملية تأهيله .

## 2. ضعف تكامل وتماسك الأسرة:

إن وجود الطفل المعاق في الأسرة يصنع جوا عاطفيا ونفسيا داخل الأسرة قد يمزق تماسكها ويفكك وحدتها، فقد تتأثر علاقات الأسرة بسبب متطلبات المعاق الملحة المستمرة التي تتطلب من أفراد الأسرة العمل تحت ظروف من الضغط النفسي والتوتر والقلق والخمران من إشباع بعض حاجاتهم الشخصية، وينعكس هذا على علاقات أفراد الأسرة فيما بينهم ومشاعر الضيق والتذمر الدائم التي قد تولد شعورا بالرفض تجاه الطفل المعاق أو الكراهية مما قد يدفع بعض أفراد الأسرة إلى الهروب أو الانفصال للتهرب مثل محاولات الأب الانشغال في العمل أطول وقت ممكن أو قضاء وقت فراغه في الأندية .

## 3. تطور بعض الآثار والانعماجات السلبية بين الأخوة والأخوات الأسوياء كنتيجة لوجودهم مع أخ معاق:

من المشاكل التي تبدو عند معظم الأسر التي يوجد لها طفل معاق مع أطفال عاديين هي ما يمكن أن نسميه بالآثار السلبية أو العكسية التي تنعكس على هؤلاء الأطفال في الأسرة.

والواقع أن الأدلة تشير إلى أن معظم الأطفال العاديين يمكنهم التعايش والتكيف مع أخ أو أخت معاقة، ولكن عندما يشعر هؤلاء الأطفال أنهم مطالبون بتحمل مسئوليات تزيد في ثقلها وحجمها على مستوى قدراتهم ونضجهم وتحرمهم بالتالي من التمتع بطفولتهم ويتأثرون بالتالي في نموهم العام وصحتهم النفسية مما قد يؤدي إلى المعاناة من بعض أشكال الاضطرابات النفسية العصبية ( الكبت، الحقد، الخجل، العدوان، العزلة، الاكتئاب ) .

## 4. الحد من نشاط الأسرة:

إن وجود طفل معاق في الأسرة يؤثر كثيرا على نشاطاتها سواء في المجالات الاجتماعية أو الثقافية أو الرياضية أو الترفيهية أو غير ذلك بسبب ما يتطلبه وجوده من توجيه الرعاية والاهتمام وبذل الجهد الذي يتجه نحو هذا الطفل، ولن يخرجنا معه لما قد يسببه لهما من شعور بالخجل والخوف من ردود فعل الناس وخاصة في الحالات

التي يرافقها بعض المظاهر الشاذة الواضحة سواء كانت في تصرفات و سلوكات الطفل المعاق أو في مظهره العام. وقد يكون الإرهاق على الأم أكثر لما تتطلبه رعاية هذا الطفل المعاق .

#### 5. الإشراف المستمر من قبل أفراد الأسرة على الطفل المعاق:

وهي مرتبطة بالمشكلة السابقة وهو بحاجة إلى إشراف مستمر في بعض الحالات، ويقوم بذلك الأب أو الأم أو أحدهما. ويصاحب ذلك إرهاق شديد لهما قد يخففه ذهابه إلى مؤسسات أو مراكز .

#### 6. تأثير الحياة الجنسية للوالدين:

إن الاهتمام بالطفل المعاق يسبب الإرهاق للوالدين وهو بدوره يؤثر سلبيًا على الناحية الجنسية، أو قد يكون ذلك بسبب شعورهما بالذنب وعدم الرغبة في إنجاب طفل آخر، مما قد يؤدي بدوره إلى مشكلات أخرى كتفكك الأسرة .

#### 7. ظهور بعض المشكلات العاطفية والسلوكية والاجتماعية لدى بعض أفراد الأسرة:

فقد أشارت بعض الدراسات إلى تطور أنماط سلوك أو عواطف معينة يمكن أن تظهر عند بعض أفراد الأسرة، ومنها:

- أ. قد تزداد الروابط الزوجية بعد قدوم الطفل المعاق إذا كانت العلاقة الزوجية السابقة قوية .
- ب. تفكك الروابط الزوجية في بعض الحالات إذا كان الزواج هو الرباط الوحيد .
- ج. ترضى الأم المتدينة بقدوم الطفل المعاق وتحمد الله عليه .
- د. تميل بعض الأمهات إلى الرغبة في أن لا يكبر الابن المعاق ليبقى بحاجة إلى رعاية الأم وحمايتها مدى الحياة، وتنشأ بينهما علاقة حميمة .
- هـ. تجعل بعض الأسر الأخت الكبرى مسؤولة متابعة هذا الطفل مما يجرمها من تمتعها بحمايتها (مجي، 2008) .

وتشير النتائج لدراسة ( الخطيب، 1996 ) التي أجراها حول طبيعة تأثيرات الإعاقة على الأسر ذوي الحاجات الخاصة<sup>4</sup> أن أكثر تأثيرات الإعاقة بروزًا هي تلك المتعلقة بالقلق حول:

1. مستقبل الطفل المعاق .
  2. صعوبة التعايش مع الإعاقة .
  3. متطلبات الرعاية اليومية للطفل المعاق .
- ب. الأخوة والأخوات ( بشكل خاص ):

دلت بعض الدراسات على الملاحظات التالية فيما يتعلق بأخوة و أخوات الأطفال المعاقين:

يشترك الأخوة مع آبائهم في حالة الفقد (الخسارة) المصاحبة لميلاد طفل ذي إعاقة، لكن في بعض الحالات يكونون أقل عرضة للخسارة من آبائهم الذين يفترض تحميلهم لمسئوليات مالية وتقديم رعاية .

إن علاقة الأخوة تتأثر مباشرة بمحائص خاصة للأخوة المتفردين، وبمحائص الأسرة التي يعيش فيها الأبناء، وباستراتيجيات التربية التي يستخدمها الآباء ومقدمو الرعاية الأولية مع الأطفال (Stoneman & Berman, 1993)

ومن القضايا المهمة التي لها تأثير على استجابة الأخ لأخيه أو أخته المعاقة:

- الحاجة إلى المصارحة مع الأخوة العاديين في الوقت والمكان والعمر والطريقة المناسبة .
- تقديم أو منح الرعاية الزائدة للمعاق وما يتركه ذلك من آثار سلبية على الأخوة.
- اهتمامات الهوية وطرح سؤال هل أنا مثل أخي المعاق ؟ وقد يظهر أعراض الخوف مثلا .
- المستقبل المهني والذي يتأثر برعايتهم لأخيهم وتفاعلهم معه، وربما حساسيتهم .
- المشاعر الأخوية ( الغضب والإحساس بالذنب ) من أجل أخيه المعاق، و ما يتبعه ذلك من ضغوط نفسية مختلفة .
- التواصل أم العزلة، كمنع مناقشة هذا الأمر مع الآخرين وما يقوده ذلك من عزلة ( كاشف، 2001).

### دعم الأسرة ( Family Support )

للمدرسة دور مهم في دعم أسر ذوي الاحتياجات الخاصة لتستطيع التعايش مع الضغوطات التي تواجهها نتيجة وجود طفل معاق، ويمكن أن تأخذ المدرسة الدور الرئيس والقيادي في توفير الخدمات لهذه الأسر من تقديم البرامج التدريبية المناسبة وتقديم المعلومات بالإضافة إلى الدعم العاطفي لهم .  
التكيف هو: أي نشاط تقوم به لكي تقلل من الضغوطات، أو هو أي نشاط ينتج من تلبية حاجة الإنسان .

يتضمن التكيف نوعين من الاستراتيجيات، وهما:

#### 1. استراتيجيات التكيف الداخلية ( Internal coping strategies ) :

والتي تعني بجعل الموقف أو الظرف أقل ضغطا، وذلك بتغيير مفاهيم وإدراكات الشخص أو محل المشكلة .

وتشمل:

#### أ. التقدير السلبي ( Passive Appraisal ):

ويتضمن تجاهل المشكلة وإبعادها إما مؤقتا أو بشكل دائم، وكأنه يقدم استقالة من واجبه وينسحب من هذه الأزمة، فنجد من ينكر بأن ابنه معاق ويأنه يختلف عن الآخرين .  
أسلوب آخر من التقدير السلبي وهو رفض التفكير بالمستقبل. حيث تحاول أسرة الطفل المعاق عدم التفكير بمستقبل ابنها ولكن عندما يصل مرحلة الرشد فمن سيقوم برعايته لاحقا، وفي حالة موت والديه من سيستمر بدعمه. فهناك بعض الأهالي يشعرون بالحزن من مجرد التفكير بهذا الموضوع .

أسلوب ثالث هو الاستجمام و أخذ الراحة وخاصة عندما تصبح المشكلة كبيرة. وكل شخص له طريقته في أسلوب الاستجمام، فمنهم من يذهب ويمارس هوايته أو يستمع للتلفاز أو يقوم بالقراءة أو التدخين أو الشرب أو الأكل .

وهناك طريقة أخرى لتشجيع الاسترخاء والاستجمام وهي توفير برامج العناية بالمعاقين ( Respite care ) وهي عبارة عن جهة تقدم خدمة الرعاية والعناية للمعاق وذلك لساعات أو أيام وتقدم برامج ترفيهية للمعاق، وهذه الجهة إما أن تأخذ الطفل المعاق إلى مركزها أو تقدم خدماتها في منزل المعاق، وبالتالي تعطي الفرصة لأهل الطفل لأخذ إجازة للاستجمام والراحة. ولكن هذه الخدمات غير متوفرة في كل مكان، وإذا توفرت هذه الخدمات فعلى المدرسة أن توفر معلومات عنها حتى تشجع الأهل لأخذ إجازة. وفي حالة عدم توفر مثل هذه الخدمات يمكن توفير شخص ممارس وله خبرة من نفس المدرسة ليقوم بهذه المهمة .

#### ب. إعادة البنية ( التشكيل ) ( Reframing ):

يقصد بإعادة التشكيل أو إعادة الصياغة هو قدرة الأسرة على إعادة التعريف بالوضع و الظرف القاسي بطريقة أكثر واقعية وأكثر تقبلا، وذلك لجعل هذا الموقف أكثر خضوعا ( مسيطرا عليه ).

وتتضمن إعادة التشكيل خطوتين هما:

1. خطوة تمييز المواقف التي يمكن تغييرها، وبين مواقف التغيير القابلة للتغيير ويصعب السيطرة عليها .
2. خطوة القيام بالعمل إذا كان الموقف قابلا للتغيير أو إعادة تعريف ما لا يمكن تغييره بأن نجعله أكثر تقبلا.

#### • القيام بالعمل ( Taking action ):

وذلك عن طريق تعليم مهارات حل المشكلة، كثير من الأهالي يستخدمون مهارات حل المشكلة إما بشكل رسمي أو بشكل غير رسمي في حياتهم اليومية.

#### • خطوات حل المشكلة:

1. تحديد المشكلة: وتتضمن وصف المشكلة وتقسيمها إلى جزئين هما: جزء قابل للحل، وجزء غير قابل للحل .
2. العصف الذهني: وتتضمن وضع قائمة من البدائل والحلول التي قد تكون مناسبة .

3. تقييم البدائل: وذلك باختيار معايير تحددها الأسرة لترى ما هو أكثر تناسبا مع الوضع .

4. اختيار البديل المناسب: على الأهل أن يتعلموا هذه المهارات كما عليهم تعلم مهارة المناقشة والمفاوضة لتسوية الأمور، وأن لا يظهروا بمظهر اللوم وتوجيه النقد .

ويمكن أن تساهم المدرسة في تقديم ورشات عمل لتعليم الأهالي على خطوات حل المشاكل، كما يمكن تقديم دليل يوضح هذه الخطوات لمن لا يرغب في المشاركة في هذه الورشات .

#### • التشجيع على إعادة التعريف والتحديد للمشكلة ( الوضع ):

يتم ذلك بتغيير مفاهيمهم وإدراكاتهم حول الوضع أو الموقف الذي هم فيه، ويكون هذا التغيير بطريقتين:

1. المقارنة الإيجابية: وذلك بأن ينظروا إلى مشاكل الآخرين وما يعانونه لكي يشعروا بأنهم أخف من غيرهم أو حتى مثل غيرهم. وبما أنه ليس من المناسب أن نعطيهم أمثلة على سوء تصرفات الأطفال الآخرين الذين هم مع ابنهم في المدرسة وشدة إعاقاتهم، إلا أننا نستطيع أن ندعوهم ليروا هم بأنفسهم ذلك.
2. التركيز والانتباه الانتقائي والتجاهل الانتقائي: وذلك بأن يركز الانتباه على الجوانب الإيجابية، فمثلا بعض أسر المعاقين تصبح علاقاتهم الزوجية أكثر قوة وترابطا نتيجة وجود هذا الطفل المعاق، فقد أعطاهم هذا الطفل الحب والصبر وتقدير نعمة التواصل .

من الضروري تشجيع الأهالي إلى النظر في الجوانب الإيجابية بالإضافة إلى أهمية تعزيزهم عند نجاحهم في مهمة معينة مع طفلهم، حيث أن هذا النجاح يعزز ثقتهم بأنفسهم، فتقتهم بأنفسهم تكون مهزوزة ويشعرون بعدم قدرتهم على تحقيق أي مهمة مع ابنهم ؛ لذا يجب الإشارة إلى نجاحه وتعزيز هذا النجاح حتى لو كان بسيطا لم لهذا التشجيع من دور في استمرارية العطاء والرعاية. كما علينا أن نكون حذرين في اختيار المهام التي نريد من الأهل إنجازها مع أبنائهم المعاقين إذ يجب اختيار مهام تناسب قدراتهم فنبداً بالبسيطة ثم نتردد .

### ج. الدعم الروحي والديني (Spiritual Support):

البعض يعتقد أنها استراتيجية داخلية والبعض يعتقد أنها استراتيجية خارجية. إن هذه الأسر بحاجة إلى هذا النوع من الدعم، ولكن هذا يعتمد على أفكار ومعتقدات هذه الأسر حيث أن الكثير من الأهالي يشعرون بالذنب وأن الله قد عاقبهم وأرسل لهم هذا الطفل المعاق. وغيرهم قد فقد الإيمان بربه بعد قدوم ابنه المعاق. ومنهم من يرى بأن الله اختاره لأنه قوي ويستطيع تحمل الشدة.

### 2. استراتيجيات التكيف الخارجية (External coping strategies)

والتي تشمل الدعم من جهات خارجية. وذلك يكون من خلال ما يلي:

#### أ. الخدمات الاجتماعية (الدعم الاجتماعي) (Social Support):

وهذا الدعم يكون من الأصدقاء أو الأسرة الممتدة أو المساعدين أو المتطوعين. الأشخاص الذين يؤمنون بأن القيمة الأساسية للدعم الاجتماعي تكمن في إعطاء الشخص الشعور أنه محبوب وله قيمة؛ لهذا تقدم له هذه الخدمة والدعم مما يعزز من ثقته بنفسه والتي بدورها تؤدي إلى زيادة قدرته على التغلب على الضغوطات. تحتاج الزوجة إلى دعم عاطفي من زوجها أكثر من مساعدته في تلبية حاجات طفلها المعاق. كما أن الأسرة بحاجة إلى دعم الأصدقاء وتقبلهم لهم ولطفلهم، فقد يساعدهم بتوفير المواصلات أو الحضور معهم في بعض الاجتماعات أو مساعدتهم في الحصول على معلومات حول الخدمات المقدمة لطفلهم. إن نوعية الخدمة المقدمة هي أهم بكثير من كميتها.

إن الأهالي الذين لا يجدون هذا الدعم الاجتماعي يميلون إلى العزلة الاجتماعية، كما أن الأهالي بعد تقدم ابنهم في العمر يميلون إلى العزلة أكثر من السابق؛ وذلك لعدم رغبتهم في تقديم المساعدة لابنهم الراشد غير المستقل أمام الناس، فإطعام طفل معاق عمره ثلاث سنوات في مطعم يعتبر مقبولاً، في حين أن إطعام معاق عمره ثماني عشرة سنة في مطعم لا يعتبر مقبولاً، بل ينظر الجميع إليه باستغراب مما يجعل الأهل يفضلون العزلة وعدم الاندماج مع المجتمع.



• بناء الدعم الاجتماعي:

أحد أشكال الدعم الاجتماعي هو جماعات دعم مساعدة الذات (Self-help support group) وهي جماعات منظمة تعطي وتقدم الدعم العاطفي لمن هم بحاجة له. تتكون هذه الجماعات إما من: أخصائيين اجتماعيين ونفسيين يكون لهم هدف علاجي، أو تكون مكونة من أعضاء الأسر بمساعدة أخصائي وذلك بهدف مشاركة النصائح والتخطيط لبرامج ترفيهية، والتأكيد لكل فرد من هذه المجموعة أنك لست وحدك .

شكل آخر من أشكال الدعم الاجتماعي هو برنامج المعلم أو الناصح الخاص مثل جماعات ( الآباء-الآباء ) حيث تتجول هذه الجماعة وتقابل الوالدين الذين رزقوا بطفل معاق وقد شخص حديثا، فيذهبوا إليه ويقدموا لهم الدعم العاطفي، والمعلومات عن الخدمات والمؤسسات والبرامج التي تساعدهم .

بالإضافة إلى جماعات الدعم يستطيع الأخصائيون مساعدة الأهالي بتكوين جماعتهم الاجتماعية الخاصة بهم، وذلك بتشجيعهم حضور اجتماعات الخطة التربوية الفردية (( Individualized Education Program (IEP) لتكوين صداقات. كما إن مكتبة المدرسة تستطيع تقديم العديد من المعلومات حول الأمور الغامضة والمخاوف التي يستطيعون مناقشتها في مثل هذه الاجتماعات .

ب. دعم المهنيين ( professional Support ):

الفرق بين دعم المهنيين والدعم الاجتماعي هو أن المهنيين يتقاضون الأجر، وعند الحديث عن المهنيين فإن ذلك يشمل المعلمين المختصين، والأطباء، والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، والمعالجين ( الطبيعي و الوظيفي ). أما الدعم الاجتماعي فيأتي من الأهل والأصدقاء والمتطوعين. فالعلاقة بين المختصين والآباء يجب أن تكون دافئة وقائمة على الثقة، فهم بحاجة لإعطائهم المعلومات وتدريبهم على كيفية التعامل مع أبنائهم، بالإضافة لما يقدمه هؤلاء المختصون لأبنائهم .

على الرغم من أن المراد أن تكون هذه التفاعلات داعمة إلا أن تاريخ العلاقات بين الآباء والمهنيين لم يكن إيجابيا. فهناك مشكلات حول معاناة الآباء عندما يحاولون

معرفة مشكلة طفلهم والخدمات المتوفرة، والآباء غالباً ما ينتقدون ويلامون عندما لا ينفذون توصيات الأخصائيين، أو عندما تحقق البرامج المقدمة. فالعلاقة بين الآباء والمهنيين قد تكون مصدراً إضافياً للضغط بدلاً من أن تكون مصدراً للدعم .

هناك طريقة جيدة للتعامل مع المهنيين وهي أن تسأل الجماعات المساندة ( الأسر الأخرى ) عن كيفية التعامل مع المهنيين، وما هو الجانب الإيجابي، وما هو الجانب السلبي في التعامل معهم، وذلك من خلال خبرتهم .

#### • بناء دعم مهني أفضل:

الهدف هو تشجيع وجود علاقة داعمة بين الأسرة والأخصائي بغض النظر عن الانتقادات التي توجه إلى الأخصائي. الأمر المهم لتقديم هذا الدعم هو الحاجة إلى التنسيق بين الأخصائيين، وتشمل الأمور الصحية والتعليمية والاجتماعية التي تقدم للطفل. فهناك العديد من الخدمات التي يمكن تقديمها للطفل سواء داخل المدرسة أو خارجها ؛ لذا يجب التنسيق في مثل هذه الأمور فلا يكون الآباء هم المسيطرون وهم الذين يأخذون القرار والإدارة لوحدهم، فلا بد من التنسيق مع هؤلاء الأخصائيين. حيث أن الخدمات التي يمكن تقديمها لهذا الطفل قد تتشابه وتتداخل مع بعضها البعض .

هناك برنامج يسمى "الخدمات التوجيهية" ( Direction services ) : حيث يقوم بعملية التوجيه، فيساعد الأسرة على التعرف على المشكلة، وعلى أهدافهم. ويقدم لهم المعلومات حول البرامج المناسبة لهم، ويقوم بالتنسيق مع الجهات المناسبة، وإحضار الطلبات وكل ما هو مطلوب، والمعلومات الكافية عن كلفة البرامج وعن ما هو حديث، وعن ورشات العمل المناسبة لهم ولا ينهم، والخدمات الترفيهية التي تناسب طفلهم فهي عبارة عن مكتب خدمات يقوم بمساعدة الأسر للتنسيق بين الخدمات المقدمة. فهم حلقة وصل بين الآباء والمهنيين ( Turnbull, 1979 ).

#### دراسات حول موضوع الضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين

هناك مجموعة من الدراسات حول موضوع الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين، منها:

دراسة ( الحديدي و الصمادي، 1992 ) بعنوان "الضغط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين"

الهدف من الدراسة الإجابة عن ثلاثة أسئلة هي:

1. ما مصادر الضغط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين عقليا وسمعيًا وبصريًا وحركيًا ؟
2. ما مصادر الضغط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين التي تميز كل نوع من أنواع الإعاقة عن أسر الأطفال غير المعوقين ؟
3. هل تختلف مصادر الضغط التي يتعرض لها أهالي الأطفال المعوقين باختلاف فئة إعاقة أبنائهم ؟

• الطريقة والعينة والمنهجية:

تم تطوير صورة عربية لقياس هلرويد للضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة ومقومات التعايش معها تتمتع بدلالات صدق وثبات مناسبة ...

العينة والمجتمع: تم الحصول على أسماء جميع والدي هؤلاء الأطفال في عمان والزرقاء الذين يزيد مستوى تعليمهم عن الصف السادس، هذه الأسر هي مجتمع الدراسة، تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية من كل فئة من فئات الإعاقة .

تم توزيع المقياس على ( 192 ) أسرة منها:

(144) أسرة لديها أطفال معوقون عقليا (46) و سمعيًا (28) وبصريًا (28) وحركيًا (42) و 48 أسرة ليس لها أطفال معوقون ...

وبعد ذلك تم تحليل البيانات باستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية ( للإجابة عن سؤال "1" )

والتحليل التمييزي ( للإجابة عن سؤال "2" ) ..

وتحليل التباين المتعدد المتغيرات التابعة ( للإجابة عن سؤال "3" ) ...

### • النتائج:

- بينت الدراسة أن ثمة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة وأسرة الأطفال غير المعوقين من جهة أخرى.
- بينت الدراسة أن أكثر الأسر تعرضا للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المتخلفين عقليا يليها أسر المعاقين سمعيا، يليها أسر المعاقين حركيا، يليها أسر المعاقين بصريا ...
- بينت الدراسة أن عوامل مختلفة تفسر التباين في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين والأسر التي ليس لديها أطفال معوقون من جهة، وبين أسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة من جهة أخرى .
- هذه العوامل بعضها يرتبط بالطفل الموق ( العمر الزمني، الجنس، الخصائص السلوكية ). وبعضها بالأسرة ذاتها ( المستوى الاجتماعي-الاقتصادي، الخصائص الشخصية للوالدين، العمر، المهنة ) ...
- وفي دراسة (الحديدي والخطيب والصمادي، 1992) بينت النتائج أن ثمة فروقا ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة وأسرة الأطفال غير المعوقين من جهة أخرى. وتبين أن أكثر الأسر تعرضا للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المتخلفين عقليا، يليها أسر الأطفال المعاقين سمعيا، فأسر الأطفال المعاقين حركيا، فأسر الأطفال المعاقين بصريا. كذلك بينت النتائج أن عوامل مختلفة تفسر التباين في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين والأسر التي ليس لها أطفال معوقون من جهة، وبين أسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة من جهة أخرى .
- وفي دراسة فريثريستون ( Further stone , 1980 ) أشار إلى أن الأشقاء قد يشعرون بالمتانسة والغضب من أخيهم المعاق، ومن ثم قد يشعرون بالذنب نحو هذه المشاعر، وقد ينجون من الإحساس بالذنب .
- أما كوش ( Kosh ,1985 ) فقد أكد أنه قد يتحرج الأخوة والأخوات عن التعبير عن مشاعرهم لأبائهم خوفا من أن يتسببوا في المزيد من الضغوط عليهم .

وقد ينتهي هؤلاء الأطفال الذين لهم أخوة وأخوات من ذوي الحاجات الخاصة إلى تكوين مفهوم سالب لدوائهم، وقد يشعرون أنه بسبب عجز اخوتهم وإعاقتهم فإنهم قد أصيبوا ببعض هذا العجز .

#### قصة عن الضغوط الأسرية

تتعلق القصة بشاب أمريكي من الضحايا الذين تم تجنيدهم للحرب الكورية، وفقد أطرافه الأربعة نتيجة إصابته في معارك الحرب، وبعد أن قضى الشاب فترة العلاج والتأهيل بالمستشفى العسكري، وقبل إجراءات إعادته لأسرته خطر له أن يطلب من أحد زملائه أن يكتب له رسالة إلى والديه الذين لم يسمعا بما حدث له يمتحنهما فيها، ويقيس مدى تقبلهما لحالة مثل حالته عند عودته، وأخبرهما في الرسالة أن يكتبها إليه عما إذا كان باستطاعتها العناية بحالة شبيهة بحالته سوف يحضرها معه عند عودته دون أن يعلمها بما حدث له. وجاء الرد بالرفض القاطع حيث أخبره والداه بأنهما لا يطيقان العيش مع مثل تلك الحالة لأنها ثقيلة على القلب وتتطلب جهدا وقتا للخدمة لا يستطيعان تحملها، بالإضافة إلى أنها سوف تحرمهما من ممارسة نشاطاتهما وهواياتهما، وكان ردهما بمثابة إعلان للشباب بعدم تقبل والديه لمثل حالته مما أصابه بالكتئاب أولا ثم الأقدام على الانتحار بعد ذلك، تخلصا من حياة عديمة القيمة وغير مرغوبة، بعد أن تحطم مفهومه لذاته، وشعر بعدم قيمته وفقدانه لاهتمام الآخرين به وحرمانه من حبههم ورغبتهم في صحبته(القذافي، 1993 ص81).

(مع تحفظنا على مجريات هذه القصة الحقيقية وما آلت إليه من آثار لا تمت إلى مجتمعنا وعقيدته وعاداته وتراثه بصله، إلا أنها تشير إلى أثر الضغط النفسي على الفرد بصفة عامة).

لا بد من التأكيد على أنه لا بد من أن تؤثر الإعاقة مهما كانت درجتها على الفرد المعوق وعلى الأسرة وعلى العلاقات الأسرية، وعلى الأخوة والأخوات .. لكن يتفاوت هذا التأثير بالاعتماد على عدة عوامل، وكلما كان الكشف المبكر أسرع كان ذلك أفضل ويعطي نتائج أفضل، وكذلك كلما كان للإرشاد وللبرامج العلاجية والإرشادية دور في التعامل مع هذه الحالات ومع أسرها كان ذلك أفضل، واختصر من الوقت الشيء الكثير، وكانت النتائج أحسن .

## البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال مرضى السرطان وأسرهم لتحسين المظاهر المختلفة لديهم

الإرشاد النفسي؛ الفردي والجمعي والوالدي

العلاج الإرشادي

العلاج العقلاني الانفعالي

استعراض برنامج إرشادي مبني على العلاج العقلاني- الانفعالي

(RET)

دراسات

تعديل السلوك لدى هؤلاء الأطفال

العلاج باللعب

بعض الأفكار لطمأنة الطفل خلال تشخيص السرطان ومعالجته

برنامج العودة للمدرسة



## الفصل السادس

### البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال مرضى السرطان وأسرهـم لتحسين المظاهر المختلفة لديهم

#### الإرشاد النفسي (Psychological Counseling)

يعرف بوركس و استفلر (Burks & Steffler) الإرشاد النفسي أنه علاقة مهنية بين مرشد نفسي متدرب ومسترشد بحيث تكون هذه العلاقة عادة من شخص لآخر ولو أنها أحيانا تشتمل على أكثر من شخصين، وقد بنيت هذه لمساعدة المسترشدين على فهم وتوضيح نظرتهـم، وتعلم كيفية تحقيق أهداف تأكيد الذات خلال اختبارات جيدة وحل مشكلاتهـم ذات الطبيعة الانفعالية(عمر، 1989).

ويشير مكابند (Makinde,1984) إلى أنه خدمة تقدم بواسطتها المساعدة للأفراد الراغبين حتى يفهموا أنفسهم بواسطة قدراتهم وإمجازاتهم واهتماماتهم، وأسلوب التكيف لقرار جديد يكون هو قد اتخذه أو يتم اتخاذه، هذه الخدمة هي قلب العمل الإرشادي ويقوم الإرشاد على علاقة تفاعلية بين المرشد والمسترشد لمساعدته على أن يفهم نفسه بشكل أفضل لقراراته أو مشكلته الحالية أو المستقبلية.

وقد عرفه (زهـران، 1979، ص291) أنه: "عملية بناءة ومخططة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية، والتوافق شخصيا وتربويا وأسريا وروحيا".

#### الإرشاد الفردي (( Individual Counseling

و يستخدم عادة مع ذوي الحاجات الشديدة والشديدة جدا الواضحة، والذين يتميزون بخصائص سلوكية معينة قد تؤثر سلباً على المجموعات الأخرى في حال



إشراكها بمجموعات الوالدين، وهي عادة تتضمن جلسات تدريب على المهارات الأساسية التي تحتاجها الأسرة ومساعدة ذوي الحاجات الشديدة والشديدة جدا وأسرهم على تفهم أكثر لاهتماماتهم ومشكلاتهم ومشاعرهم (بجبي، 2008).



(\*) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان

### الإرشاد الجمعي (Group Counseling)

وهو الذي يتم من خلاله إرشاد عدد من الأفراد أو عدد من الأسر الذين تتشابه مشكلاتهم، ومن خلال الإرشاد الجمعي يتعلم الأفراد مساعدة بعضهم بعضاً، وتقبل هذه المساعدة ويحصلون على التغذية الراجعة والدعم والتشجيع أو التعزيز للسلوك المرغوب فيه (بجبي، 2003).

ومن أهم مميزات الإرشاد الجمعي مع الأسر أنه يقدم دعماً عاطفياً للأسر التي تجمعها مشاكل ومشاعر متشابهة، ولذا فهم لا يتخرجون من التعبير عن مشكلاتهم.

عند تطبيق الإرشاد الجمعي لا بد من مراعاة ما يلي:

1. أن يدير الإرشاد الجمعي مرشد خبير يتوافر له فهم جيد بدينامية الجماعة.
2. أن يتم اختيار المشاركين من بين حالات الإرشاد الفردية، ويجب أن توضح لهم طبيعة الإرشاد الجمعي وفائدته، حتى يعرفوا ماذا يتوقع منهم.

3. أن تكون المشاركة تطوعية.
4. أن يتوافر في أفراد الجماعة التجانس، مع الأخذ في الاعتبار عامل العمر، الخلفية العلمية، الحالة الاقتصادية، والتشابه في المشكلة.
5. أن لا يتجاوز عدد الأعضاء اثني عشر مسترشدا.
6. أن تكون مدة الجلسة حوالي ساعة واحدة (( Beckley,1967).

يسعى الإرشاد الجمعي لتعليم أعضاء المجموعة مهارات الاتصال والتواصل، وتعليمهم طرق حل المشكلات، وتعديل سلوكياتهم المختلفة بطريقة غير مباشرة، ومساعدتهم على التكيف مع الرفاق وأفراد الأسرة وأفراد المجتمع، وتعليمهم طرق التفاعل الاجتماعي، والتعاون، واحترام الآخرين، والالتزام بأخلاقيات الجماعة ومعاييرها والحفاظة على أسرار الناس، وإلى تنمية روح القيادة لدى أفراد المجموعة، وتكوين الصداقات، والاعتماد على النفس، وحب مساعدة الآخرين، والأخذ والعطاء وأدب الحديث، واكتساب الثقة بالنفس، وغيرها من المهارات الكثيرة .

ومن أساليب الإرشاد الجمعي: التمثيل المسرحي، والمحاضرات والمناقشات الجماعية، وخدمة المجتمع والأعمال التطوعية، والنادي الإرشادي. (زهران، 1998).

### الإرشاد الوالدي (Parental Counseling)

إن إرشاد الوالدين تيار أساسي في مجالات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي لمساعدة الوالدين في كيفية تنشئة الأبناء.

ويركز الإرشاد الوالدي على تعليمهما وتدريبهما وتصحيح معلوماتهما وتنمية معارفهما وتعديل اتجاهاتهما. ..الخ، وكذلك إكسابهما مهارات أساسية في أساليب التعامل مع أبنائهما وإشباع احتياجاتهما ورعايتهم لإكسابهم صفات المواطن الصالح (صلاح الدين، 1998).

ويشير مفهوم الإرشاد الوالدي إلى علاقة تعاون ومساعدة بين متخصصين ذوي معرفة واسعة والوالدي طفل ذي حاجة خاصة، ويسعى الوالدان إلى تفهم أفضل لهمومهما ومشاكلهما ومشاعرهما. والإرشاد هنا عملية تعلم تركز على مساعدة الوالدين حتى يمكنهما مساعدة طفليهما ويعطيا قيمة لأسرة ذات توافق جيد(الشناوي وآخرون، 1995).

ويشير باترسون (Patterson) إلى أن الإرشاد الوالدي عملية يجري تحريكها نحو تعليم الوالدين كيف تكون استجابتهما نحو الطفل كي يحدثوا تأثيرا مرغوبا في أنماط السلوك التي يستجيب بسببها الطفل في المواقف المختلفة (Patterson, 1971). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي:

يشير (العابدين، 1994) إلى أن النظرية هي أكثر من مجرد رأي أو تأمل أو ذكر أو تقدير موقف معين أو وجهة نظر، فهي أكثر من تجميع مبادئ أو طرق أو وسائل أو تلخيص جوانب معرفية أو مبادئ أو وسائل مشتقة من الخبرات والبحوث، فالنظرية هي محاولة لتنظيم المعرفة وتكاملها للرد على السؤال لماذا.

فالنظرية هي عبارة عن إطار فكري يفسر مجموعة من الحقائق العملية ويضعها في نسق علمي مترابط.

يوجد عدد من النظريات، والواقع أنه لا توجد نظرية أفضل من غيرها أو أولى بأن تتبع، والمرشد ليس ملزما بنظرية محددة، فعليه أن يختار ما يتناسب مع الحالة التي يتعامل معها، ولكي يؤدي المرشد دوره بكفاءة فإنه أحيانا يرتبط بنظرية معينة ينطلق من خلالها عندما يوجه كل معلوماته إلى فهم الذات باعتبارها أحد الموضوعات العامة في فهم المسترشد.

### العلاج الإرشادي

عند ذكر البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال الإعاقات المختلفة وخاصة مرضى السرطان وأسره لتحسين المظاهر (التأثيرات المختلفة) لديهم فإن أول ما يتبادر إلى الذهن البرامج الإرشادية (العلاج الإرشادي)، والذي يتضمن استراتيجيات وطرقا تربوية مختلفة.

### الطرق التقليدية الثلاث في الإرشاد:

1. الإرشاد المباشر أو المركز نحو المرشد (الموجه) أو العلاجي:

حسب وليامسون (Williamson, 1959) فإن الهدف الأساسي للإرشاد هو مساعدة المسترشد لتنمية التفوق في كل مجالات الحياة.

وقسم عمل المرشد العلاجي إلى ست خطوات توضح الأسلوب العقلاني لمشكلات الحياة هي:

1. التحليل.
2. التركيب.
3. التشخيص.
4. التنبؤ.
5. الإرشاد.
6. المتابعة.

واختصاراً فالإرشاد الموجه:

- أ. يعتمد على المعلومات التي يجمعها المرشد.
- ب. يهتم بالمحتوى العقلاني.
- ج. يغلب عليه الطابع العملي.
- د. يهتم بشكل أولي بالمجالات التربوية والمهنية.
- هـ. يركز على مشكلات المسترشد.

سليباته:

- أ. التركيز المتزايد لسيطرة المرشد.
- ب. حكم المرشد غير الموفق قد يؤدي إلى نتائج عكسية.

إيجابياته:

يعد أكثر واقعية للمدارس والمؤسسات ذات الوقت المحدد، لأنه يتطلب فقط عدداً محدداً من المقابلات. وكذلك يعتبر أكثر فائدة وعملية حين تكون الحاجة الأساسية للمسترشد هي المعلومات أو الطمأنينة، أو حين يفرض ضيق الوقت على المرشد اتخاذ قرار عاجل لا يستطيع القيام به نتيجة لعدم نضجه أو توتره الانفعالي (يحيى، 2008).

## 2. الإرشاد غير المباشر أو المركز حول المسترشد (نظرية الذات):

أشار روجرز مبدئياً لهذا النوع من الإرشاد إلى أن المرشد لا يقود المسترشد بل يؤكد على قدرته في تحديد القضايا المهمة وحل مشكلاته، ويعد توفير جو من الود والتسامح والقبول، الذي يتيح للمسترشد الفرصة للتعبير عن مشكلاته والاستبصار الهادف بها عنصراً مهماً.

وفيه يتم إعطاء الحرية الكاملة للأبء لمناقشة همومهم، وكذلك الإصغاء التام، والتعبير عن المشاعر وتوضيح الاتجاهات، وتكون كثير من إجابات المرشد مفتوحة النهاية أو غير محددة الاتجاه.

### واختصاراً فالإرشاد غير الموجه:

- أ. يعتمد على المعلومات التي يقدمها المسترشد.
- ب. يهتم بالانفعالات.
- ج. يركز في الغالب على طبيعة العلاقات الإنسانية.
- د. يركز بشكل أولي على المجال الاجتماعي للشخص.
- هـ. يركز على عملية المقابلة.

### سليياته:

- أ. الافتراض أن هناك سبباً انفعالياً خلف كل مشكلة بغض النظر عن تطورات الأفراد الشخصية.
- ب. افتراضهم أن المرشد سيكون محايداً لا يقوم بالشجب والمواساة لأفعال المسترشد ومشاعره، فهل من الممكن أن يكون المرشد عديم التأثير.
- ج. الحاجة إلى سلسلة من المقابلات، ومن الناحية الواقعية فهذا مكلف وقتاً وجهداً ومالاً.

### إيجابياته:

التركيز على النمو الإيجابي للفرد، واستخدام الأساليب العلاجية التي لا يحتاج اكتسابها إلى سنوات من التدريب المكثف (ومع ذلك فليس سهلاً) (يحيى، 2008).

### 3. الأسلوب الانتقائي:

الأسلوب الذي يجمع بين أساليب الإرشاد الموجه وغير الموجه وأساليب أخرى، وذلك لمساعدة المسترشد في التكيف مع مشكلات الحياة، ويشار إليه بأسلوب<sup>1</sup> منتصف الطريق (ستيوارت، 1996).

ويقوم هذا الأسلوب على افتراضين:

- أ. أن الأفراد يختلفون في قدرتهم على التكيف مع الحياة ومشكلاتها، ولذا فانهم بحاجة إلى طرق مختلفة للمساعدة.
- ب. أن التشخيص الملائم يعد أساسا لأي علم يفترض تحديد المشكلة وعلاجها بطريقة مناسبة.

فهو يركز على الود والفهم والقبول، ويركز على الاطمئنان وإعطاء المعلومات بهدف رفع مستوى التعلم للمرشد.

واختصاراً فالإرشاد الانتقائي:

- أ. يعتمد على المعلومات التي يجمعها المرشد أو يقدمها المسترشد.
- ب. يهتم بالمحتوى العقلي أو الانفعالي.
- ج. يتضمن الطابع العلمي، أو طبيعة العلاقات الإنسانية.
- د. يتضمن المجالات التربوية والمهنية والاجتماعية الذاتية.
- هـ. التركيز على مشكلة المسترشد أو عملية المقابلة (يحيى، 2008).

الإرشاد السلوكي أو الانفعالي

لأن كل الأساليب الإرشادية التقليدية لا تتسم بالمرونة الكافية لمساعدة المسترشد، فإن الأساليب الإرشادية التكميلية أصبحت ضرورية، ومن هذه الأساليب الإرشاد السلوكي .

يتركز جوهر الإرشاد السلوكي حول:

- أ. أغلب السلوك الإنساني متعلم، وبالتالي فهو عرضة للتغيير.

- ب. التغييرات المحددة في محيط الفرد يمكن أن تساعد على تغيير السلوك، كما أن الإجراءات الإرشادية تبحث في الوصول إلى تغييرات تتعلق بسلوك الطالب من خلال تغيير البيئة.
- ج. مبادئ التعلم الاجتماعي مثل: التعزيز، التمثيل الاجتماعي، يمكن استخدامها لتطوير الإجراءات الإرشادية.
- د. يتم تقويم فعالية الإرشاد ونتائجه من خلال التغييرات في السلوك المحدد للطالب الذي يسلكه خارج المقابلة الإرشادية.
- هـ. الإجراءات الإرشادية ليست جامدة أو مقررة سلفاً، ولكن يمكن تصميمها بصورة دقيقة لمساعدة الطالب في حل مشكلة معينة.

#### سليباتها:

تتعلق بالذين يطمحون ليصبحوا مرشدين سلوكيين أكفاء ولديهم فقط معرفة سطحية عن نظريات التعلم، وقد لا يكون لديهم الكفاءة لاستخدام الطريقة السلوكية.

#### إيجابياتها:

التركيز على التغييرات السلوكية التي يمكن ملاحظتها، بالإضافة إلى التعزيز الإيجابي الذي يعطى للمسترشدين لتشجيعهم في إكمال عملية التغيير (ستيوارت، 1996).

### العلاج العقلاني الانفعالي (RET) Rational emotive therapy

لقد استخدم مصطلح العلاج النفسي العقلاني كأول مرة من قبل جوزيف وورتر عام 1953، والذي يقوم على أساس الاحتكام للعقل والإدراك الواقعي للدور الكبير الذي تلعبه خبرات الفرد مع الأخذ في الاعتبار مسؤوليته عن سلوكه (Werner, 1979).

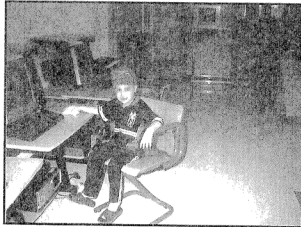
يرجع الفضل في ظهور العلاج العقلاني الانفعالي وتطوره إلى البرت اليس A. Ellis والذي يرى أنه بالرغم من أن هذا الاتجاه قد أثار عدداً من الانتقادات والتساؤلات في سنواته الأولى إلا أنه لاقى قبولا واسعا وبدأ في ممارسته عدد من المعالجين في جميع أنحاء العالم وطوروا منه وأضافوا إليه عدداً من الأساليب الجديدة

البرامج المستخدمة للتدخل مع أطفال مرضى السرطان وأسرتهم...

لتضافر جهودهم واقتناعهم بهذا الاتجاه. وقد تدرب اليس أساسا على أساليب التحليل النفسي التقليدية ولكن بعد أن بدأ العمل بعيادته الخاصة قام باختبار هذا الاتجاه وقام بمجهود نشطة في هذا الصدد واستخدم بعض الأساليب التحليلية مثل النصح المباشر، والواجب المنزلي، والأساليب السلوكية، والمواجهة المباشرة، وفي عام 1955 بدأ في رفضه الأساليب التحليلية وأخذ يوجه اهتمامه نحو التركيز على تغيير سلوك المسترشد عن طريق مواجهته بما يحتويه عقله من أفكار ومعتقدات خاطئة، وفي عام 1959 أسس اليس معهد نيويورك للحياة العقلانية (Rational living) والذي يطلق عليه الآن معهد العلاج العقلاني (Hansen , 1982).

### التفكير العقلاني واللاعقلاني (( Rational and Irrational thinking

عرف اليس و برنارد (Ellis & Bernard) التفكير العقلاني بأنه ذلك النوع من التفكير الذي يساعد الناس على أن يعيشوا أطول ويحيوا حياة سعيدة، ويقود نحو السلوك التكيفي والأداء الوظيفي الفعال. كما أنهما يريان أن الشخص السوي الممارس للتفكير العقلاني يطبق قواعد المنطق والتفكير العلمي، من أجل تحسين مشاعره وأفكاره المتعلقة بأحداث حياته (( Hill , 1996).



ويرى فولتين (Volten , 1996) أن المعتقدات العقلانية هي تلك المعتقدات التي ينتج عنها انفعالات صحيحة وسليمة وإيجابية، و النزعة لمساعدة الذات، والعمل من أجل تحقيق الأهداف التي يريد الفرد الوصول إليها بما في ذلك السعادة والصحة النفسية والحياة الطويلة الهانئة، ومن الخصائص التي تتصف بها هذه المعتقدات أنها



تجنب الفرد الصراعات غير الضرورية مع الآخرين، كما أنها تدفع الفرد نحو حل مشكلات الحياة بطريقة فعالة وبناءة والتكيف مع الأوضاع التي لا يمكن تغييرها. أما هيل (1996, Hill) فيرى أن المعتقدات اللاعقلانية تأخذ شكل الأفكار المطلقة (Absolutes) أي الوجوبيات التي تسلب الفرد طاقته وقدرته على الاختيار، كما تقود نحو عملية هدم الذات ولومها من خلال ردود الفعل الانفعالية بدلاً من الاستجابة بطريقة بناءة وعقلانية.

ولقد اعتبر اليس التفكير اللاعقلاني نزعة بيولوجية موجودة لدى جميع البشر، حيث يميلون للانخراط فيه من خلال الميل نحو الوجوبيات، والمطالب والأمور المطلقة، وهي مفاهيم ترتبط بنزعة البشر لتناول التفضيلات المتعلقة بالتحصيل، والإنجاز، والاستحسان، والحب، والراحة، والعدالة، وإخراجها على شكل (لازم، لا بد من، ويجب، وينبغي) (must, ought to, should)، وتقود هذه المعتقدات اللاعقلانية نحو الحالة الانفعالية المضطربة مثل: الاكتئاب، الخوف، الغضب، وعلى الرغم من أن الناس قد يتعلمون التفكير اللاعقلاني من آبائهم أو من ثقافتهم إلا أنهم قادرون على تشكيل المعتقدات اللاعقلانية بأنفسهم ولا حاجة للبحث عن أصول هذه المعتقدات اللاعقلانية في الماضي حيث إنه من المحتمل أن يشكّلوها بأنفسهم (الشناوي، 1994).

وقد حدد اليس مجموعة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية فيما يلي:

1. من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من كل فرد من أفراد بيئته المحلية.
2. يجب أن يكون الشخص كاملاً ومنجزاً ومتكيفاً ليكون ذا قيمة.
3. بعض الأشخاص سيئون، شريريون، عدوانيون لذلك يجب توبيخهم وعقابهم.
4. من المصيبة أن لا تكون الأمور كما يريدتها الشخص.
5. مصدر التعاسة الظروف الخارجية، والشخص لا يملك القدرة للسيطرة عليها.
6. الأخطار والمخاوف أمور تستدعي الاهتمام والانشغال الدائم بها.
7. التهرب من تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهتها.
8. على الشخص أن يعتمد على شخص آخر أقوى منه.

9. الخبرات والأحداث الماضية هي التي تحدد السلوك الحاضر.
  10. يجب أن يكون الفرد مشغولاً ومنزعجاً لما يصيب الآخرين من اضطراب ومشاكل.
  11. هناك دائماً حل صحيح وكامل لكل مشكلة ويجب على الشخص أن يجده.
- وأظهرت دراسة الريجاني (أبو طالب والريجاني وحدي، 1989) التي أجريت على عينة من طلبة الجامعة الأردنية وجود هذه الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد بالإضافة لفكرتين إضافيتين هما:
1. ينبغي أن يتسم الشخص بال رسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.
  2. لا شك أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.
- وتصنف النظرية الحالية المعتقدات اللاعقلانية إلى ثلاث فئات كبرى، ولكل واحدة منها تشعباتها وتعريفاتها الخاصة، وكلها تدور حول الوجوبيات (musts) التي يرى اليس أنها ليست فقط معرفية ولكنها أيضاً سلوكية وانفعالية، وهي جزء من أهداف الفرد، والأحداث الفعالة، والمعتقدات، و النتائج، وهي:
1. المطالب المتعلقة بالذات (demands about self): مثل يجب أن أقوم بعملية بشكل ممتاز، وأنال الرضى والاستحسان وإلا فسيتم احتقاري.
  2. المطالب التي تتعلق بالآخرين (demands about others) ويعبر عنها الاعتقاد الذي يأخذ صورة: يجب أن يعاملني الآخرون بشكل معتبر وبلطف ومثلما أريدهم أن يعاملوني، وإذا لم يفعلوا ذلك فإن العالم والمجتمع يجب أن ينتقدوا ويلاموا ويعاقبوا.
  3. مطالب تتعلق بالحياة وشروط الحياة (demands about life) ويعبر عنها الاعتقاد التالي: يجب أن تسير الأمور كما أريد لها أن تسير، وبالتالي أصل إلى ما أريد براحة وبسرعة وبسهولة. (Di Giuseppe & Bernard, 1996)
- لقد ابتكر اليس مصطلح (musturbation) أي الوجوبيات للإشارة لكل أنماط الجمل التي تتعلق بما يجب وما هو لازم تفقد نحو الاضطرابات الانفعالية، عادة ما

تحويل الجمل والعبارات المتضمنة: ما يجب أو لازم، أو ينبغي إلى توقعات مثل: يجب أن يعاملني الآخرون كما أعتقد أن عليهم معاملي، وترجم التقييمات المتعلقة بالقيمة أو الأهمية إلى جمل تمثل أحكاما، مثل يجب أن لا أخطئ، أما جمل الاحتياجات فتعكس الاعتقاد اللاعقلاني الموجود عند الناشئة الصغار من أن كل شيء في الحياة يجب أن يكون سهلا، مثل: لا يتوجب علي العمل الجاد في أي شيء صعب، فأنا لا أتحمل الضغط أو التعب. ينتج عن هذه المعتقدات اللاعقلانية انفعالات سلبية وحادة تمنع الأطفال والمراهقين من حل مشكلاتهم بطريقة فعالة (Vernon, 1998).

وفي عام 1992 قام ألين وزملاؤه (Wallen, et al., 1992) بتجميع المعتقدات اللاعقلانية في أربع فئات، واعتبروا أنها تمثل جوهر المعتقدات اللاعقلانية (Care irrational beliefs)، وهي التي تسهم في الاضطراب النفسي التي يعبر عنها الأفراد من خلال جملهم وكلامهم، وتمثل في:

1. تحويل الأمور إلى أشياء مريعة وفضيحة ولا يمكن أن تطاق (Amfulizing): تتضمن تصعيد نتائج الأحداث المتعلقة بالحاضر أو المستقبل وتحويلها، ورؤية الشيء على أنه أسوأ مما يمكن أن يحدث، أو أنه فظيح وكريه، أو رهيب أو بغض، مثل: من المصيبة أن تأتي الأمور كما لا أريد .
2. التحمل المنخفض للإحباط (Low frustration tolerance): عدم تحمل الأوضاع غير المريحة وعادة ما يتم التعبير عنها بجملة: لا أطيع أو لا أستطيع تحمل ذلك، وهذه تستند إلى فكرة أن الواحد لا يستطيع أن يطيق موقفا أو ظرفا ما، وعادة ما يلي تحويل الأمور إلى فظائع وتقوده المطالب.
3. التقييم الكلي لقيمة البشر وأهميتهم (Global evaluations of humans worth): تشير إلى عملية التقييم الكلية لذات الفرد أو الأفراد الآخرين، بمعنى محاولة تحديد قيمة الشخص الكلية أو الحكم على أهميته، إنه يمثل شكلا من أشكال التعميم الزائد، فالفرد يقيم سمة محددة أو سلوكا تبعا لبعض المعايير أو تبعا لما هو ذو قيمة ومرغوب به، ثم يقوم بتطبيق هذه التقييمات على ذاته ككل مثل: لقد ارتكبت عملا خاطئا، لذا فأنا شخص سيء.

4. المطالب ( Demands ) : وتعود إلى الطريقة التي يستخدم فيها الناس عبارات ال (يجب )، وال (ينبغي )، وال (لا بد من )، كما يتضمن أن أشياء محددة يجب أن تحدث أو لا تحدث وأن ظروفًا أو شروطًا محددة مثل: النجاح، أو الحب أو الاستحسان ضرورات مطلقة. تتضمن المطالب وجود قوانين محددة للعالم ويجب العمل وفقها، ويعتقد بعض منظري العلاج العقلاني الانفعالي وممارسيه أن المطالب تمثل وجود التفكير اللاعقلاني، مؤكدين على أنه إذا أبقى الناس جميع القواعد ورغباتهم في الحياة على شكل تفضيلات فإنها تسوق لهم القليل من المتاعب.

كما يفترض أتباع العلاج العقلاني الانفعالي أن الناس يرون أنفسهم والآخرين و العالم ضمن ثلاثة مستويات تمثل مستويات التفكير عند البشر (Three levels of thinking)، وهي:

1. الاستنتاجات / الاستدلالات (( Inferences : ينشأ عن أحداث الحياة اليومية مستويات من التفكير: الأول استدلال، والثاني تقييمي. ففي التفكير الاستنتاجي يقوم الأفراد بتخمين أو استنتاج حول ما يجري، وتمثل الاستنتاجات جملاً أو عبارات أو تصريحات تشتمل على حقائق (facts) أو على الأقل ما يعتقد الفرد أنها حقائق قد تكون صحيحة أو خاطئة، وعادة ما تتضمن الاستنتاجات اللاعقلانية التشويهاً التالي للواقع:

أ. التفكير القطبي (إما أبيض أو أسود) : (Black and White thinking) هو يعني رؤية الأشياء بشكل متطرف دون القدرة على رؤية ما يتوسط الحدين أو القطبين من النقاط أو التدرجات، فالأحداث كلها إما جيدة أو سيئة، ناجحة أو فاشلة، صحيحة أو خاطئة. ويسمى هذا التفكير أيضاً بتفكير: كل شيء أو لا شيء (all or non )

ب. التعميم الزائد (( Over generalization : وهنا يقوم الفرد بإصدار حكم عام يمثل جميع ذاته أو كل المواقف بناء على جانب واحد من ذاته، أو بناء على موقف واحد، مثلاً: قد يقول الفرد بعد تجربة فاشلة: لأنني فشلت في تلك المهمة، فسوف أفسل دائماً ولن ألتحق.

ج. قراءة أفكار الآخرين (( Mind reading): وتتضمن عمل تخمينات حول ما يفكر به الآخرون، مثل: أن يقول الفرد لا بد أنه غاضب مني.

د. الشخصنة (( Personalizing): وتشير إلى افتراض أن الشيء مرتبط مباشرة بالذات لكن بدون دليل، مثل: أنا السبب في حصول الحادث، لو لم أكن موجودا لما صار الحادث.

2. التقييمات (( Evaluations): مثلما يقوم الأفراد بعمل استنتاجات حول الأشياء التي حدثت فإنهم أيضا يقومون بالذهاب إلى ما هو أبعد من الحقائق لتقييمها في ضوء ما تعنيه لهم، وقد تكون التقييمات شعورية، وقد لا تكون شعورية.

3. القواعد الضمنية (( Underlying rules): القواعد معتقدات ضمنية توجه ردود فعل الأفراد في الحياة، إن ما تعنيه مواقف محددة لشخص ما (أي كيف يقيم الأفراد تلك المواقف) يعتمد على القواعد الخفية العامة التي يعتنقها، وحاليا يوجد اتجاه جديد يسمى هذه المعتقدات بالهازمة للذات ((Self defeating beliefs) بدلا من تسميتها باللاعقلانية، وذلك للتأكيد على آثارها غير الوظيفية على حياة الأفراد.

يتضح من خلال العرض السابق طبيعة التفكير العقلاني واللاعقلاني والفروق بينهما، حيث تعكس المعتقدات العقلانية: التفضيلات والمرونة، في حين تعكس المعتقدات اللاعقلانية: المطالب والجمود والتصلب بوصفها تتصف بها (( Wallen et al.,1992).

يعلم المعالجون عملاءهم كيف يتغلبون على مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية، وهم يؤكدون على أهمية الإرادة والاختيار، ومن المؤكد أن من بين أهداف هذا العلاج زيادة سيطرة الأفراد على أنفسهم وأطفالهم، وزيادة قدرتهم على مساعدة ذواتهم. ويستعمل لتحقيق هذا الهدف استراتيجيات عديدة من أهمها تعليم الفرد إطار عمل نموذج ((A-B-C-D-E-F)) الذي يساعد الأفراد على فهم طبيعة الاضطراب، وكيفية إزالته والتخلص منه. ويقصد بالرمز (A) الحادث أو الخبرة (Act)، والرمز (B) الأفكار والمعتقدات (Beliefs) والتي يستخدمها الفرد لوصف وتفسير الحادث أو الخبرة، أما الرمز (C) فيشير إلى النتائج الانفعالية (Emotion consequences) التي يشعر بها الفرد نتيجة

للحادث أو الخبرة فإذا حدث أن شعر الفرد بالخبرة الانفعالية (C) كالحزن أو الخوف أو احتقار الذات نتيجة لحادث معين (A) كالفشل في الدراسة والعمل فإنه ربما يظهر أن الفشل (A) هو السبب المباشر لانفعال الحزن أو القلق (C) إلا أن الأمر وفقاً لنظرية اليس ليس كذلك فالنتائج الانفعالية رغم ارتباطها بالحادث (A) ظاهرياً إلا أنها ليست النتيجة المباشرة له بل هي نتيجة للأفكار والمعتقدات والعبارات الذاتية (B) التي يستخدمها الفرد لوصف الحادث (A) كالقول بأن فشله في الدراسة على سبيل المثال يعتبر كارثة أو مصيبة لا يمكنه تحملها، أو أن الشخص غير جدير بالاحترام بسبب الفشل، وتكرار هذه الأمور يؤدي لشعوره بالخوف والقلق، فنظام معتقدات الفرد وترميزه وتفسيره للأحداث والخبرات التي مر بها وتعريفها بأنها محزنة أو مخزية هو المسؤول عن اضطرابه الانفعالي وليس الحادث نفسه.

غالباً ما تستخدم فلسفة ABC مع المسترشدين في الجلسات الأولى واللاحقة، حيث يفضل المعالجون شرح كل بعد من هذه الأبعاد للمسترشدين وتوضيحها، إضافة إلى ذلك فإن التدخلات العلاجية تتطلب استعمال (D) أي المناقشة والتفنيد (Disputation)، وتوجد ثلاثة أنماط من هذه (D) التي تهدف إلى مناقشة الأفكار غير العقلانية، وإثبات عدم صحتها وعدم عقلانيتها، وهي:

1. الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية: (Detecting of irrational beliefs) حيث يساعد المرشد المسترشد على الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية في إدراكاته التي تسبب له الضغط النفسي والمعاناة الانفعالية، وهذه المعتقدات هي التي ستخضع لعملية التفنيد.
2. التمييز بين المعتقدات العقلانية واللاعقلانية (Discrimination irrational beliefs from rational beliefs): وتهدف هذه الخطوة إلى مساعدة المسترشد على الوعي بعبارات وجمل (ما يجب، ويتحتم، و...) الموجودة عنده وغيرها من المطالب غير الواقعية مما يمكنه من تعلم المعتقدات سواء أكانت عقلانية أم غير عقلانية.
3. الجدل والدحض والتفنيد (Debating): وهنا يتم العمل على مناقشة الأفكار غير العقلانية باستخدام تكتيكات متعددة تهدف في النهاية إلى أن يعي الفرد لا عقلانيته،

ويدفع هذا لتغيير المعتقدات اللاعقلانية، والتخفيض من معاناته الانفعالية. وعندما يتقنع المرشد بعدم فعالية معتقداته ولا منطقيتها سيعمل على تبني فلسفة فعالة وتطويرها تتبع نموذج (( ABC، هذه الفلسفة تشير إلى (E) في نموذج (A-B-C-D- (E) أي التفكير الفعال (( Effective thinking، تؤدي هذه الفلسفة الجديدة لسلوكات فعالة ومنتجة وتقلل من المشاعر السلبية، وتجلب للفرد مشاعر الرضا والسعادة (Haggan & Davison, 1993).

### تكنيكات الدحض العقلانية (( Rational Disputation Techniques

يمكن أن تسهم هذه التكنيكات في إعادة البناء المعرفي للمعتقدات اللاعقلانية كي تصبح أكثر عقلانية، وقد يكون لها أثر في خفض شدة ردود الفعل الانفعالية السلبية الموجودة لدى الفرد. والدحض أو التنفيذ يستند إلى الطريقة العلمية، ويتضمن فحصاً دقيقاً لأفكار محددة ومعتقدات يحملها الفرد لتحديد إلى أي درجة تتمتع هذه المعتقدات والأفكار بالصحة (أي يوجد دليل حقيقي يدعمها)، وإلى أي درجة تعتبر ذات معنى (أي منطقية)، ومفيدة (تقود إلى المشاعر والانفعالات الموجهة نحو الهدف)، بعد أن يتم تحديدها يقوم المرشد باستعمال أسئلة متنوعة، وأساليب تعليمية، وحوار مع المرشد لتقديم الدليل والمبرر وراء اعتبار تلك الأفكار التي يحملها غير عقلانية.

عادة ما تنتهي عملية الدحض بمساعدة الشخص على إعادة تشكيل معتقداته وتقييماته اللاعقلانية لتصبح عقلانية، وباكتسابه مجموعة من الجمل الذاتية العقلانية التي يستطيع أن يستخدمها في المواقف المتضمنة مشكلات معينة (( Garfeid, 1995.

### الدحض الفلسفي (Philosophical disputation)

تتميز نظرية العلاج العقلاني الانفعالي باهتمامها بنظام المعتقدات الفلسفي للمسترشد، وينظر لهذا النظام على أنه يتضمن سمات الاتجاهات الأساسية المسؤولة عن اتساق الأداء الوظيفي التكيفي وغير التكيفي لدى الفرد، وكلما كان المرشد أكبر عمراً (فوق الثانية عشرة أو الثالث عشرة من العمر) نظر لنظام المعتقدات لديه على أنه أساس الصعوبات الانفعالية التي يواجهها أو جوهرها. ويستطيع المرشد أن يستخدم الدحض الفلسفي مع الأشخاص الأذكاء أو الأكبر عمراً، وأولئك الذين وصلوا لمرحلة التفكير المجرد من أجل تعديل نظام المعتقدات الأساسي لديهم. وفي

عملية الدحض الفلسفي لنظام المعتقدات الذي يتبناه المسترشد لا يتم التركيز على مواقف محددة وخاصة، بل يتم دمج المسترشد في عملية تنفيذ المعتقدات اللاعقلانية العامة التي يعبر عنها مع الأخذ بعين الاعتبار الأسس والقواعد التجريبية والمنطقية (Garfeid,1995).

#### دحض المعتقدات اللاعقلانية في مواقف محددة

##### (Disputing of irrational beliefs in specific situations)

عادة ما يستخدم مع الأطفال الأصغر عمرا، والدحض عند هذا المستوى يتضمن تحديد جمل: (يجب، لازم، ينبغي...)، و الجمل التي ينظر فيها للأحداث على أنها مرعبة، والجمل التي تدل على التحمل المنخفض للإحباط (لا أطيع...)، لا أستطيع أن أتحمّل...، و جمل تقييم أهمية الذات كما تظهر في مواقف محددة.

##### دحض الاستنتاجات ((Disputing of inferences):

إلى جانب التقييمات اللاعقلانية يتم دحض فئة أخرى أساسية من المعارف أو الجوانب المعرفية (Cognitive) وهي الاستنتاجات الخاطئة، فمن المحتمل أن يقوم الأشخاص بارتكاب استنتاجات خاطئة وتوقعات غير صحيحة حول الواقع بسبب قلة معرفتهم وخبراتهم. فنجعل المسترشدين يفرقون بين الافتراضات والحقائق، فكونهم يفكرون في شيء لا يعني أن يجعلوه حقيقة أو أنه أمر حقيقي بالضرورة، فقد يتوصل الطفل إلى استنتاج من مثل (كل الطلبة يسخرون مني)، أو (لا أحد يحبني لأنهم يسخرون مني).

يسمى التكنيك الأساسي لدحض الاستنتاجات الخاطئة بالتحليل التجريبي أو الدحض التجريبي (Empirical disputation or impirical analysis) وفيه يبحث المرشد مع المسترشد فيما إذا كان هناك دليل موضوعي يدعم استنتاجاته أو تنبؤاته، أو فيما إذا كانت تشوه الواقع. مثلا: لممارسة الدحض التجريبي لفكرة (كل أولاد الصف يسخرون مني)، قد يطلب من الطالب أن يضع إشارة (/) بجانب اسم الطالب الذي لا يسخر منه وذلك بعد أن يعطي قائمة بأسماء طلبة الصف، ويساعد هذا التحليل التجريبي المسترشد على تعديل استنتاجاته لواقعة أخرى أكثر دقة التي سيجد



من الأسهل عليه تقبلها: (مثلا قد يتوصل إلى القول أن حوالي ثلاثة أو أربعة من الطلبة فقط هم الذين يسخرون مي). (Garfeid,1995)

المُرشد الذي يستخدم طريقة العلاج العقلاني الانفعالي مرشد نشط وفعال، يقع عليه عبء كبير في مساعدة المسترشد على التعرف على الأفكار غير العقلانية الكامنة وراء انفعالاته المضطربة، وعلى اقتناعه بالأفكار العقلانية التي تحمل محلها، وكذلك في مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه من خلال تكليفه بواجبات منزلية مثل: قراءة كتب محددة، أو القيام بنشاط معين (( Garfeid,1995).

وعلى الرغم من أنه تم اختبار أثر هذا العلاج على عدد من الاضطرابات وأثبت فعاليته العلاجية، إلا أن الانتقادات عبر السنوات الماضية كانت عديدة فيما يخص إهمال هذا العلاج أو إعطائه القليل من الاهتمام للعلاقة الإرشادية أو العلاجية، وأن العلاقة بين المرشد والمسترشد تنصف بالبرودة والآلية، ولهذا الأسباب وغيرها وصف هذا العلاج على أنه اتجاهاً أو نظرية غير إنسانية (Anti-humanistic theory). (Garfeid,1995) لكن ترى فيرنون (Vernon,1996) أن الذين ينتقدون هذا الانتقاد يفسلون في التمييز بين شروط العلاج وأسلوب العلاج من ناحية، ويمارسون نوعاً من التفكير اللاعقلاني عن طريق التعميم الزائد، وافترض أن الممارسين لهذا العلاج غير حساسين تجاه المسترشد، ويظهرون القليل من مهارات التفاعل الشخصي من ناحية أخرى.

ويؤمن عدد من معالجي الاتجاه العقلاني الانفعالي أن أفضل طريقة لتأسيس علاقة آلفة هي تقديم المعالجة للمسترشدين. وفي أدب العلاج الموجه نحو الأشخاص باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي وجد أن المرحلة الأولى من العلاج المقدم يتضمن بناء العلاقة والآلفة، وتبعاً للعديد من منظري هذا الاتجاه فإن العلاقة متطلب سابق من أجل التغيير، وهم يرون أن شروط العلاج الأساسية من منظور روجرز المتضمنة: التعاطف، والأصالة، والاعتبار الإيجابي غير المشروط تساعد في تكوين الألفة مع المسترشدين، وتزيد من فرص التغيير الفعال، إلا أنها ليست كافية وحدها في حل مشكلة المسترشدين، ويظهر المعالجون بأسلوب الاتجاه العقلاني الانفعالي نوعين من التعاطف: التعاطف الانفعالي (Effective empathy) الذي يعني إظهار فهمهم لمشاعر مسترشديهم وإيضاحهم، والتعاطف

الفلسفي (Philosophical empathy) أي إظهار أنهم يفهمون الفلسفات التي تقف وراء هذه المشاعر (Garfield, 1995).

كما أنهم يوصلون احترامهم للمسترشدين عن طريق تعزيز استقلالية المسترشدين وثقتهم بأنفسهم، إنهم يوضحون اهتمامهم وعنايتهم بالمسترشدين عن طريق وعيهم بسلوكات المسترشدين، وحضورهم النفسي، والاستفسار المستمر وطلب التوضيحات منهم، وسؤالهم عن التفاصيل حول المشكلة، واستخدام الدعابة، والمحاولات الفعالة لمساعدة المسترشد على حل قضاياها الإشكالية. إنهم يظهرون الأصالة العلاجية عن طريق ممارسة الكشف الذاتي، وذلك بتقديم أمثلة عن حياتهم الخاصة تتعلق بكيفية اختبارهم لمشكلات ماثلة، وكيفية حلها. (Sharf, 1996)

و أخيرا قد يعاني أولياء أمور أطفال مرضى السرطان من بعض الأفكار اللاعقلانية أثناء تعاملهم مع أطفالهم، مما قد يؤثر سلبا على هؤلاء الأطفال المرضى.

### استعراض برنامج إرشادي مبني على "العلاج العقلاني الانفعالي" (RET)

من هذه البرامج البرنامج الذي طوره (عبد الله، 2006) لتحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم. وهو برنامج إرشادي مبني على العلاج العقلاني الانفعالي ". ((RET

#### اهداف البرنامج:

1. توفير قدر من المعلومات الأساسية لوالدي الأطفال المصابين بسرطان الدم (لوكيميا الدم) حول المرض، وإمكانيات العلاج.
2. وقاية الأطفال ما أمكن من التعرض لبعض المضاعفات والتأثيرات الجانبية للمرض وعلاجه.
3. التركيز على العلاج العقلاني الانفعالي أثناء مراحل البرنامج المختلفة ما أمكن.
4. تعديل الأفكار والاتجاهات الخاطئة لدى الوالدين ومساعدتهم على تحسين بعض الصفات لدى أطفالهم المرضى مثل: القلق، التغيب المتكرر عن المدرسة

وتأثير ذلك على دراستهم، الانسحاب نتيجة التغيرات في المظهر؛ مما يساعد في تمائل أطفالهم للشفاء.

5. تعليم الوالدين التفكير بطريقة عقلانية و بأساليب منطقية لحل المشاكل.

#### عينة الدراسة

عشرون أما لعشرين طفلاً من الأطفال المصابين بمرض لوكيميا الدم (سرطان الدم) يتعالجون في مركز الحسين للسرطان، حسب الشروط التالية:

- يتم اختيار الأمهات بطريقة قصدية.
- تتراوح أعمار الأطفال المصابين بين: 5-18 سنة.
- تعليم الأمهات متوسط فما فوق (الغالبية ثانوية عامة فما فوق).
- الوالدان غير مفترقين بسبب الوفاة أو الطلاق.

#### محتوى البرنامج:

الجلسات الإرشادية الجماعية، حسب الشروط التالية:

- يتم تقسيم العينة إلى 4 مجموعات كل منها تحتوي على خمس أمهات لتسهيل إجراء جلسات الإرشاد الجمعي.
- تم تحديد 14 جلسة لتنفيذ هذا البرنامج، بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً.
- مدة الجلسة الواحدة تقريباً ساعة واحدة.

#### استراتيجيات البرنامج:

1. التفاعل الاجتماعي.
2. الإقناع وتعديل الأفكار والاتجاهات.

#### المشاركون في البرنامج:

- الأخصائي التربوي والمشرف على البرنامج (الباحث).

#### مراحل البرنامج:

1. قياس قبلي.
2. البرنامج.

3. قياس بعدي.

الفترة الزمنية: 8/2- 2005/10/22.

تفصيل جلسات البرنامج الإرشادي المبني على العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم.

الجلسة الأولى:

• الأهداف:

1. أن يحدث نوع من التآلف بين المرشد والمشاركين، وكذلك التعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية.
2. أن يتعرف المشاركون أهداف البرنامج.

• الإجراءات:

1. يقوم المرشد بإجراء تعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية، ويبدأ المرشد بداية بالتعريف بنفسه (وهو ولي أمر طفل مصاب بمرض سرطان الدم) بحيث يذكر كل منهم الاسم والسكن والعمل واسم طفلهم المعالج وكم مضى على العلاج، ويوضح المرشد لهم أنه يشعر بشعورهم ويحاول مساعدتهم لتجاوز محنتهم بصفته ولي أمر طفل مصاب.
2. يوضح المرشد للمشاركين أهداف البرنامج وأنه يسعى إلى توفير قدر من المعلومات الأساسية لوالدي الأطفال المصابين بسرطان الدم حول المرض، و التأثيرات المختلفة لدى هؤلاء الأطفال، والتدريب على الأفكار العقلانية في مواجهة الأفكار اللاعقلانية في كل ما يتعلق بالمرض وعلاجه والتأثيرات الجانية وفرص الشفاء بإذن الله وخصائصهم، ويوضح محتوى البرنامج وهي الجلسات الإرشادية الجمعية، واستراتيجيات البرنامج هي التفاعل الاجتماعي والإقناع وتعديل الأفكار والاتجاهات.
3. يوضح المرشد للمشاركين فكرة عن الأفكار اللاعقلانية وتأثيرها على مشاعرنا وشرح فكرة ABC.

4. ثم يفتح المرشد المجال للنقاش حول ما يتوقعه المشاركون من البرنامج والفائدة المرجوة منه، ويسجل المرشد ما يذكره أولياء الأمور وما يتوقعونه.
5. ثم يقوم المرشد بتوزيع نموذج الموافقة على المشاركة بالبرنامج.
6. إنهاء الجلسة، وشكر الحضور، وتحديد موعد دوري للجلسات الإرشادية.

#### الجلسة الثانية:

##### • الأهداف:

1. أن يتعرف المشاركون أثر كل من البيئة والوراثة والعلاقة بينهما في السلوك الإنساني.
2. أن يذكر المشاركون أثر الدين في السلوك الإنساني.

##### • الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتوضيح مفهوم الوراثة وكيف تؤثر على الإنسان خلال تخلقه جينياً وتناقل الجينات الوراثية، وكيف أنها تحدد بعض الصفات عند الإنسان مثل: لون العيون، الطول، .
2. ثم يقوم المرشد بتوضيح مفهوم البيئة وهي كل ما يحيط بالإنسان من أشخاص وظروف اجتماعية واقتصادية و... وتأثير ذلك على سلوك الإنسان من مثل العصبية والاتكالية أو المثابرة والثقة بالنفس و... .
3. وبعد ذلك يتم فتح المجال للنقاش حول المفهومين السابقين، وأيهما أكثر تأثيراً على الإنسان، وتوجيه النقاش إلى استنتاج مفاده أن كلا من الوراثة والبيئة يؤثران في سلوك الإنسان وصفاته ومهاراته مثل: الذكاء، السلوك الاجتماعي وغيره، وأنا نستطيع أن نتحكم بالبيئة والظروف المحيطة بالشخص لتغيير بعض الصفات غير المرغوبة سواء كان الشخص طفلاً أو غير ذلك، ودحض فكرة أن السلوك متأصل لدى الشخص ولا يمكن تغييره، ثم يطلب من المشاركين ذكر أمثلة واقعية على السلوك الإنساني وكيف أن للبيئة التي نتحكم بها دوراً مهماً في هذا السلوك وتشكيله.

4. ثم يذكر المشاركون كيف أن للدين وتعاليمه دورا كبيرا في تغيير مفاهيم مختلفة لدى الأشخاص من خلال الحث على السير في الأرض والتعامل مع أمور الحياة بواقعية وعدم الانهزام والتشاؤم وعدم الخوف المبالغ فيه أو القلق، والأهم من ذلك الرضا بالقضاء والقدر.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة الثالثة:

• الهدف:

1. أن يتعرف المشاركون متطلبات النمو في المراحل العمرية المختلفة، وخاصة العمر: 5-18 سنة.

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.

2. يوضح المرشد للمشاركين متطلبات النمو في المراحل العمرية المختلفة من 5-18 سنة بداية حسب رأي بياجيه (المعرفي): (0-2 سنة) المرحلة الحس حركية، (3-6 سنة) مرحلة ما قبل العمليات، (7-11 سنة) مرحلة العمليات العيانية، (12- بقية العمر) مرحلة العمليات المجردة.

وحسب إريكسون (النمو الاجتماعي): (0-1.5 سنة) الثقة / عدم الثقة، (1.5-2 سنة) الإحساس بالاستقلال / الإحساس بالخجل والشك، (3-5 سنة) الإحساس بالمبادرة / الإحساس بالذنب، (6-11 سنة) الإحساس بالإنتاج / الإحساس بالنقص، (12-17 سنة) الإحساس بالهوية / الإحساس بغموض

الهوية، (18-34 سنة) الإحساس بالألفة / الإحساس بالعزلة، (35-65 سنة) الإحساس بالإنتساج / الإحساس بالجمود، (65-بقية العمر) الإحساس بالتكامل/ الإحساس باليأس .

3. ثم يوضح المرشد للمشاركين تأثير هذه المراحل على جميع جوانب الشخصية: المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية، والتزامها بمبادئ النمو خاصة المرحلية والتطورية عبر الزمان والاستمرارية والانتظام والتكاملية، والترابط بين هذه الجوانب واختلاف سرعتها، ودور عوامل النضج والتدريب في إحداث النمو، ودور التنشئة الاجتماعية في تحويل الشخص من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، وكيف تتعاون كل هذه العوامل في إخراج الاستعدادات الوراثية إلى حقائق نمائية واقعية، ودحض فكرة أن يكون هنالك عامل واحد أو سبب ما هو فقط المتحكم في النمو، وأن هناك تفاوتاً في نمو الأطفال في الجوانب المختلفة.

4. ثم يفتح المجال للنقاش حول مراحل النمو التي يجدها الآباء لدى أطفالهم.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة الرابعة:

• الهدف:

- أن يتعرف المشاركون إلى مرض لو كيميا الدم (سرطان الطفولة): تعريفه، أسبابه، أنواعه، أعراضه، كيفية حدوثه، طرق العلاج المستخدمة، فرص الشفاء بإذن الله.

### • الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصاً حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يستعين المرشد بنشرات وأوراق علمية من مركز الحسين للسرطان، ومن خلالها يتم عرض المعلومات عن المرض حيث أنه عبارة عن سرطان يصيب الخلايا للمفاوية (الموجودة في النخاع العظمي) والتي هي جزء من خلايا المناعة، مما يؤدي إلى تكاثر هذه الخلايا بشكل كبير وتنتشر في شتى أنحاء الجسم، وينتج عنها نقص في كريات الدم البيضاء، ونقص في الصفائح الدموية، ونقص في كريات الدم الحمراء أو زيادة سرطانية نتيجة تكاثرها الرهيب في النخاع العظمي على حساب الخلايا السليمة. وكذلك ذكر أن غالبية الأسباب لحدوث المرض المتوقعة غير معروفة و دحض فكرة أن المرض وراثي أو معد. وذكر نوعيه: ALL, AML ومدى اختلافهما عن بعضهما، ثم يناقش المرشد أولياء الأمور في أعراض المرض وطرق العلاج المستخدمة في علاج هذا المرض الذي لا يقل فترة تعريض الطفل للعلاج الكيماوي عن 2.5-3 سنوات (مع ذكر العلاج بالأشعة وزراعة النخاع وأنها تناسب طبيعة المرض)، وأن فرص الشفاء بإذن الله من مرض سرطان الدم أكبر من أي نوع سرطان آخر(قد تصل إلى 70٪).

3. ثم يفتح المجال للنقاش حول المرض، وكيف تم التعرف عليه لدى الطفل وأعراضه، والتشخيص له بداية ورحلة الوصول إلى المستشفى. والتأكيد على مفهوم الأخذ بالأسباب الذي أمرنا الله به من التداوي، قال عليه السلام: «تداواوا عباد الله فإن الله ما خلق داء إلا وخلق له الدواء إلا داء الهرم» وأن الشفاء قبل وبعد ذلك بيد الله.

### • الواجب:

- تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل يدل على اهتمامهم بهذه المعلومات والأخذ بأوامر الأطباء.



• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة الخامسة:

• الهدف:

- أن يتعرف المشاركون إلى أهم التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسدية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم (سرطان الطفولة).

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصاً حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.

2. يوضح المرشد للمشاركين أهم التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسدية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم، وأن هذه التأثيرات لا يشترط أن توجد لدى جميع الأطفال المرضى وإن وجدت فقد لا توجد بنفس الدرجة، وأنها تختلف من بيئة إلى أخرى.

3. يفتح المجال لنقاش أولياء الأمور لذكر ما يوجد لدى أبنائهم من خصائص يلاحظونها وما يعانون معهم، وكيف أنهم قد يختلفون عن الأبناء العاديين غير المصابين بالمرض وكيف يتعامل معهم أخوتهم، وكيف يتعامل أولياء الأمور مع هذه الصفات المختلفة من معرفية كالغيب المتكرر عن المدرسة، واجتماعية كالانسحاب، والجسدية كتغير المظهر لتساقط الشعر واضطراب الوزن، ونفسية كالقلق والخوف.

4. ثم يذكر الآباء علاقة هذه التأثيرات التي يلاحظونها ببعض المتغيرات: كالعمر، والجنس، وطول فترة المعالجة، وبعدها مكان السكن عن المستشفى، وطبيعة تعامل الوالدين والأهل بصفة عامة مع المرض وما ينتج عنه.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة السادسة:

• الهدف:

- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: 'من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من كل فرد من أفراد بيئته المحلية.'

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصاً حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالاً لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلاً: إن الاعتقاد بأن المرء يجب أن يكون مقبولاً ومحبوباً لدى الآخرين ومن جميع الناس هو أمر لا عقلاني لأسباب عديدة منها:  
- إن مطالبة المرء بأن يكون محبوباً من جميع الناس الذي يرغب في قبولهم وحبهم يضع أمامه هدفاً كمالياً لا يمكنه الحصول عليه، فلو أحبه الكثير من الناس فهناك أشخاص كثيرون قد لا يحبونه.  
- سيبقى قلقاً حول مقدار محبتهم وقبولهم له وهل سيستمرون في ذلك أم لا.  
- مهما بذل من جهود فمن المستحيل أن يكون المرء محبوباً من الجميع دائماً بسبب أحكام الآخرين، وقد يكون لديه شعور بالتحامل عليه.  
- إن محاولته إرضاء الآخرين بصورة مستمرة ستجعله منساقاً لأهوائهم ولن يكون مستقلاً.  
- إذا كان يسعى بصورة جاهدة وعنيفة إلى موافقة ورضا الآخرين عنه، وهذا يكون إذا اعتبر رضاهم ضرورة وليس تفضيلاً فإنه سيتدفع إلى التصرف بصورة غير آمنة ومزعجة نحو هؤلاء الآخرين الذي سيفقد قبولهم وإقدايمهم.

- إن الحمية هنا نتجه لأن تكون عائقا بدلا من أن تكون حافزا بسبب الحاجة الملحة كي يكون محبوباً.
4. ويناقد المرشد معهم أنه وبدلا من محاولة حل مشاكل الشخص عن طريق السعي الدائم للحب والقبول يحسن أن يكافح بصورة أكثر حكمة للحياة الحبية والمنتجة وعليه أن يقوم بالأمور التالية التي يقوم بها الشخص العقلاني:
- أن لا يتخلى عن كل رغباته من أجل القبول والحب من الآخرين ولكن عليه أن يحو حاجاته المتطرفة للحب، فلا يفعل كل ما يريده الآخرون سواء كان ذلك طفله المحبوب أو غيره.
- أن يحاول أن يكون مقبولا لأسباب عملية مثل: التقدم المهني، أو القبول الاجتماعي بدلا من سعيه مثل الطفل لأن يكون محبوبا لذاته، وأن يدرك أن احترام الذات الحقيقي لا يتأثر بقبول الآخرين.
- عندما يشعر الفرد بعدم قبوله أو حبه من الآخرين عليه أن لا يردد بأن هذا مزعج ومثبط ويمتنع عن إقناع نفسه أن ذلك خفيف.
- يحسن أن لا ينصاع بهدف الانصياع ولا يثور بهدف الثورة، بل يحسن أن يسأل نفسه باستمرار ومن وقت لآخر: ماذا أريد حقيقة أن أفعله. ..، وليس شرطا أن كل ما يطرحه الآخرون هو صحيح لقوله تعالى: "وإن تطع أكثر من في الأرض يضلوك عن سبيل الله".
- حتى يكسب قبول وثقة الآخرين عليه أن يفعل ذلك بطريقة ذكية، ومخطط لها وهادئة، وأن يدرك بأن أفضل الطرق لكسب الحب هو إعطاؤه بإخلاص.
5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلائي ويتم ربطها بمواقفهم تجاه أطفالهم وما يحدث مع أطفالهم من قلق وتوتر وخوف وانعزال، ويعطي المرشد مثلا لاستخدام العقلانية واللاعقلانية في موقف معين، ويتم أخذ تغذية راجعة.
- الواجب:
- تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأتل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة السابقة:

• الهدف:

- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: ' يجب أن يكون الشخص كاملا ومنجزا ومتكيفا ليكون ذا قيمة '.

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالا لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: يعتقد الناس بأنهم ليسوا ذوي قيمة إن لم يكونوا ذوي كفاءة في مجال واحد رئيس على الأقل، وهذه فكرة لا عقلانية للأسباب التالية:

- لا يمكن لأي كائن بشري أن يكون ذا مقدرة تامة في كل الأمور أو معظمها، وكثير من الناس لا يستطيعون أن يكونوا على مستوى عال من المقدرة حتى في مجال واحد رئيس. محاولة النجاح هي أمر معقول ولكن لا يطالب كل واحد من الناس بأنه يجب أن يكون ناجحا لأن هذا الأمر يجعل المرء ضحية مؤكدة لأحاسيس القلق والاضطراب.

- إن الفرد الذي يجب عليه أن ينجح بصورة لا عقلانية لا يتحدى نفسه ويختبر قواه فقط، ولكنه يقارن نفسه بصورة ثابتة مع الآخرين من ذوي الظروف العادية ويكافح من أجل ذلك، إنه بذلك يصبح موجها من قبل الآخرين وليس من قبل نفسه؛ فالمرء يتحكم بأدائه فقط وليس بأدائهم.

- إن التأكيد على فلسفة الإنجاز يسبب خلطاً بين قيمة المرء الخارجية (وهي القيمة التي يعطيها الناس لأداء وصفات الشخص) مع قيمته الداخلية (قيمه لنفسه).
- إن اهتمام المرء الزائد يؤدي عادة إلى مخاوف كثيرة وارتكاب الأخطاء والفشل في مهمات معينة وعدم محاولة التكيف مع الظروف التي يمر بها، وبالتالي تدمير أي إنجاز متحقق أو قد يتحقق جزء منه.
- 4. ويناقش المرشد معهم أنه وبدلاً من تركيز المرء بصورة لا منطقية على الضرورة المطلقة الكاملة للنجاح في المهمات والمشاكل التي تواجهه في الحياة، فإن الشخص العقلاني يمكن أن يعمل بصورة أكثر منطقية إذا اتبع الطرق التالية:
  - التركيز على الاستمتاع بأداء المهمة بدلاً من التركيز على نتيجة العمل فقط، فنحن مطالبون شرعاً بالعمل والبذل والأخذ بالأسباب وليس النتيجة فقط حيث يقول تعالى: 'وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون'.
  - يجب أن يكافح من أجل الإنجاز بمجد ذاته وإرضاء نفسه أولاً لا من أجل إرضاء الآخرين.
  - أن يحاول التكيف مع أي وضع طارئ يحدث له دارساً ظروفه الاجتماعية والاقتصادية، وكذلك ظروف طفله المريض وظروف أخوته والعلاج والآثار الجانبية المختلفة محاولاً الوصول إلى أقرب صورة للوضع المرغوب معتبراً أي تقدم في ذلك نجاحاً وإنجازاً وعدم التقليل منه.
  - إذا أراد المرء أن يكون أداؤه أفضل في أي مهمة أو وضع عليه أن يرحب بأخطائه ويضعها بصورة واضحة بدلاً من أن يصبح مذعوراً منها ومن أي طارئ لم يكن في الحسبان أو أي تطورات مرضية وسلوكية لدى طفله، وما قد ينعكس منها على مستقبل طفله والبيت بصورة عامة. وأن يقبل بصورة كاملة حقيقة أن الكائنات بصورة عامة والإنسان بشكل خاص هي مخلوقات لها إمكانيات محددة.
- 5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلائي ويعطي المرشد أمثلة كعدم قدرة الأهل على التكيف مع دخول الطفل المتكرر المستشفى وغيابه عن المدرسة وعن زملائه، وغياب الوالد عن البيت

وعن العمل وعن أخوته، وما يترتب عن ذلك من اختلال في الإنجاز بصورة عامة، وما يرافق ذلك من أفكار لاعقلانية.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة الثامنة:

• الهدف:

- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: "إنه لمن المصيبة الفادحة أن لا تسير الأمور كما يريد الفرد".

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالا لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: إن من المدهش كيف ينزعج الملايين من الناس على هذه الأرض عندما تسير الأمور على غير هواهم، إن هؤلاء الناس كونهم محبتين عندما لا يحصلون على ما يتوقعون هو أمر اعتيادي وطبيعي، ولكن كونهم غاضبين ومكتئبين على نحو شديد هو أمر لا منطقي للأسباب التالية:
  - لا يوجد سبب لعدم كون الأشياء مختلفة عما يرغبون به.
  - عندما لا تسير الأمور للأفضل وكما يريدون عليهم أن يكافحوا من أجل تغيير هذه الظروف وفي حالة استحالة ذلك عليهم إعادة بناء فلسفتهم وفقا للظروف

الخارجية ليتقبلوا الأشياء ويحاولوا التكيف معها، فالأمور في الحياة كلها تسير بقدر الله قال تعالى: ﴿ إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْتَهُ بِقَدَرٍ ﴾.

- للحصول على ما يريدون فإن الشعور بالقلق والخوف على أبنائهم ومستقبلهم يساعد على التغيير للأفضل وعدم الاتكال، ولكن كلما كان حزنهم وغضبهم وقلقهم أكبر أصبحت قدرتهم والظروف المحيطة بهم أقل فعالية في الجهود المبذولة لتحسين الظروف.

4. وناقش المرشد معهم أنه وبدلاً من ذلك فإن الشخص العقلاني يتبع ما يلي:

- الاعتقاد الجازم بأن كل شيء في هذا الكون هو بإرادة الخالق المدبر لهذا الكون.  
- أن يحدد ما إذا كانت الظروف التي يمر بها الشخص هي فعلاً مؤلمة أو نتيجة للمبالغة، وإذا كانت الظروف غير ملحة فإن عليه أن يواجهها بهدوء ويعمل على تحسينها ويستطيع تقبلها ويعيد بناء نفسه وما حوله وفقاً لهذه الظروف.

- أن تكون جملة الداخلية الذاتية ومع من حوله بناءة كأن يقول: إن هذا الظرف محبط للغاية ولكنه لا يقتلني ولا ينهي هذا الكون، وسأستطيع بإذن الله تحمّل هذه الحياة الصعبة وغير السارة، وأحاول التخفيف عن طفلي وعائلي، وأعمل على إرجاع طفلي إلى حياته الطبيعية مع أقرانه بأقرب فرصة.

- يستفيد الشخص العقلاني من الظروف المحيطة ويتعلم فيها ويدمجها مع خبراته في الحياة، وكذلك يستفيد من المجريين ومن سبقوه من الآباء، بل ويعمل على إفادة الآباء الآخرين.

- عندما يشعر الشخص أن الظروف الخارجية تسيطر على إحساسه وتؤدي إلى الشعور بالصداع والاضطراب، فإن عليه أن يركز على أشياء أخرى ممتعة في الحياة وأولها اللجوء إلى الله والتعبّد والتقرب إليه، ثم قراءة كتاب أو زيارة صديق أو... حتى يساعد في التخلص من الإحساس بعدم السعادة.

5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ويعطي المرشد أمثلة كأن يكون الوالد يأمل أن يكمل طفله دراسته لكن المرض والعلاج يعيقان ذلك.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين :

الجلسة التاسعة:

• الهدف:

- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: " مصدر التعاسة الإنسانية الظروف الخارجية وليس لدى الشخص قدرة السيطرة عليها "

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالا لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية ؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلًا: يعتقد معظم الناس بأن الآخرين ونظرتهم لهم والأحداث التي تمر بهم هي التي تجعلهم غير سعداء، إنهم يعتقدون بأنه لا مناص لهم كي يصبحوا مضطربين ومنزعجين عندما تحصل لهم ظروف مزعجة وأنهم لا يملكون تحكما في أنفسهم وانفعالاتهم في هذه الظروف. إن هذه الفكرة لا عقلانية للأسباب التالية:

- على الرغم من اعتقاد الملايين بأنه ليس لديهم تحكم بانفعالاتهم، وأن عدم السعادة والمرض مفروض عليهم بغض النظر عما يفعلونه، فإن هذه الفكرة زائفة والحقيقة أنه من الصعب على معظم الناس أن يضبطوا انفعالاتهم لأنهم نادرا ما يحاولون فعل ذلك، فليست المشكلة في الحدث بل ما ينتج عنه من انفعالات وتصرفات نجد أنها متفاوتة بين شخص وآخر.



4. ويناقد المرشد معهم أن الشخص العقلاني يقوم بما يلي:
- عندما يجد نفسه قلقاً وغاضباً سيعرف أنه يخلق لنفسه العواطف السلبية عن طريق استجابته غير العقلانية لها، ويعرف أن المحرك الأول لها هي طرق التفكير، واستخدامه أسلوب حل المشكلة.
  - بعد متابعة عواطفه الحزينة سيفكر بها وسيربط بينها وبين الجمل اللا منطقية، عندها سوف يناقد ويتحدى هذه الجمل حتى يصبح مقتنعا بأنها داخلية.
  - لأن الله تعالى يقول: ﴿بَلِ الْإِنْسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ ۗ ﴿١﴾ وَكَوَلَّيْنَاكَ لَمَّا وَكَّدَ ﴿٢﴾، ويقول سبحانه: ﴿قُلْ هُوَ مِنْ عِنْدِ أَنفُسِكُمْ﴾ فقد نجد موقفاً أو حدثاً يشترك به عدة أشخاص يتعامل معه كل منهم بطريقة مختلفة مما يعطي نتائج مختلفة. بل إن الشخص نفسه قد يتعامل مع الموقف نفسه لكن بطرق تفكير مختلفة مما يعطي نتائج مختلفة (الجنساء وتصرفها قبل وبعد الإسلام عند موت أخيها وأولادها).
- وكذلك الآباء ونظرتهم للتغيرات الجسمية التي تحدث لأطفالهم من تساقط الشعر والتورم واضطراب الوزن وغير ذلك. وكذلك وجودهم المتكرر في المستشفى وانعزالهم عن أقرانهم.
5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ولا عقلائي، ويعطي المرشد أمثلة كذلك مواقف محددة.
- الواجب:
  - تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.
  - ملخص الجلسة بعد التطبيق:
  - رأي المرشد:
  - رأي المشاركين:
- الجلسة العاشرة:
- الهدف:
  - تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: "الأخطار والمخاوف أمور تستدعي الاهتمام والانشغال الدائم بها".

## • الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالاً لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية ؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللامنتطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: إن معظم الناس يعتقدون بأن الأحداث المخيفة أو الخطيرة تستدعي الانشغال المستمر في التفكير بها. وهذه فكرة لاعقلانية لعدة أسباب منها:
  - إن الاهتمام الزائد والقلق بشأن ما يحدث من أخطار ومخاوف يؤدي بصورة متكررة إلى خيالات حول طبيعة الأذى واحتمالية الموت أو الضرر، وقد تكون بعض هذه الأخطار والمخاوف لا أساس لها في الحقيقة، فالقلق والانعاج من فعل شيء قد يمنع الشخص من مواجهة أي خطر حقيقي.
  - إن القلق الشديد والخوف حول احتمالية حصول خطر فعلي سيعطل إمكانية المراء لمواجهة هذا الخطر أو الضرر اللاحق بالطفل أو البيت بفاعلية.
  - هذا الخوف المبالغ فيه أو القلق لن يمنع حصوله في معظم الحالات كالخوف من نقص المناعة وارتفاع الحرارة لدى الطفل قد يضعف مناعة الطفل وبالتالي يسهم في حصول ما تم الخوف منه.
  - إذا كانت بعض الأحداث المخيفة التي لدى الشخص قلق واهتمام بشأن حدوثها فإنه لا يستطيع أن يخفف إمكانية حصولها فضلا عن أنه يصنع لنفسه انزعاجا وقلقا حول أحداث قبل حصولها بفترة طويلة أو حول أحداث قد لا تحصل أبدا، مما يعطل تفكيره وقد يوقف عقارب الزمن لهذا الطفل البريء عند أول حدث خطر له مما يؤدي إلى حالة من النكوص لدى هذا الطفل من خلال القلق والخوف المبالغ فيه عليه وصناعة جو مخيف حوله فيه الحزن والكآبة وتلبية جميع ما يطلب.
4. ويناقش المرشد معهم أنه يحسن بالشخص العقلاني أن يأخذ مجموعة المواقف التالية لمواجهة الأخطار المحتملة في حياته:

- أن يدرك الشخص بأن معظم حالات قلقه لم تنتج عن أخطار خارجية يمكن أن تحصل له، ولكن عن طريق إخبار نفسه أمرا مثل: من المرعب حصول هذا الحدث أو أنا لا أستطيع التعامل مع الطفل عندما يصاب بالتهرجات في جسده بصورة ملائمة، ويجب أن يتعلم بدل ذلك أن يفحص عباراته المأساوية ويغيرها إلى صفة أكثر واقعية.
- يجب أن يذكر نفسه باستمرار كيف أن مخاوفه اللاعقلانية لا تساعد في التغلب على الأخطار.
- يجب عليه أن يفعل الأشياء التي يخاف منها بصورة متكررة، مثل: رؤيته طفله يتألم أو يأخذ علاجاً كيميائياً أو في غرفة العزل، والحفاظ على هدوئه وابتسامته العريضة حتى يثبت لنفسه أنه لا يوجد شيء مخيف داخلياً حول هذه الأشياء.
- يجب أن لا ينزعج عندما تظهر المخاوف المهزومة سابقاً مرة أخرى، لكن يجب أن يعمل على هزيمتها مرة أخرى عن طريق المواجهة المخلصة والتفكير بها حتى لا تعود، ويذكرهم بدعاء الرسول صلى الله عليه وسلم: "اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن، وأعوذ بك من العجز والكسل..".
- 5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ولا عقلائي، ويعطي المرشد أمثلة كذلك مواقف محددة.
- الواجب:
- تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.
- ملخص الجلسة بعد التطبيق:
- رأي المرشد:
- رأي المشاركين:
- الجلسة الحادية عشرة:
- الهدف:
- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: "التهرب من تحمل المسؤوليات أسهل بكثير من مواجهتها".

### • الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سؤالاً لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: يشعر كثير من الناس أن من الأسهل فعل أشياء سهلة لتجنب الصعوبات والمسؤوليات الذاتية لمحو مواقف حياتية صعبة، وهذه فكرة لا عقلانية للأسباب التالية:
  - إن تجنب المرء لفكرة مواجهة المواقف الصعبة في الحياة سوف يؤدي به إلى المشاكل والانعاجاجات لأن فكرة وجود طريقة سهلة للخروج من صعوبات الحياة تنفيذ في اللحظة ذاتها، ولا نخدم في حل مشكلته أو مشكلة طفله مستقبلا عند الشفاء بإذن الله وسيندم لأنه فقد فرصة مواتية للتحسين في طفله أثناء العلاج.
  - إن تجنبه للمواقف والمسؤوليات يوهمه بأنه يقلل من الجهد المبذول في اتخاذ القرار بل إن الجهد سيكون أكبر و أصعب أثناء حديثه الطويل مع الذات والتخطيط المستمر لعدم إلزام نفسه باتخاذ الموقف المناسب، ومما قد يضعف ثقته بذاته التي يحصل عليها الشخص من خلال أدائه للواجبات، والتكيف مع الأحداث والمصاعب وتعامله مع الطفل الذي هو رجل المستقبل.
  - يفترض الكثير من الناس أن الحياة السهلة قليلة المسؤولية هي الحياة الجيدة لكن هذا الافتراض مشكوك فيه، إذ يبدو الناس أكثر رضا عندما تكون حياتهم فيها حركة وتجربة وإبداع ويحسرون الكثير من مستويات الرضا العالية، وربما يفقدون أطفالهم وأسراهم الصالحة عندما يركزون على تجنب تحديات ومشكلات الحياة الصعبة.
4. يناقش المرشد معهم أنه وبدلاً من محاولة تجنب العديد من صعوبات الحياة ومسؤولياتها فإن الشخص العقلاني يمكن أن يتبع الإجراءات التالية:

- يجب عليه أداء الأشياء الضرورية دون شكوى بغض النظر عما يواجهه من عدم رغبته فيها، لأنه أثناء أدائها سيبتكر طرقاً تخفف من المظاهر المؤلمة غير الضرورية كمحاولته الذهاب معه إلى المدرسة ومساعدته في حل واجباته وتكوين صداقات له، ويقنع نفسه منطقياً أن هذه المهمات والأمور ضرورية، وعندها يكون أجبر نفسه واقعياً على أدائها.

- أن ينظم نفسه بحيث يضع برامج فيها أهداف رئيسة وفرعية معقولة بعيداً عن الشعور بالذنب أو عقاب الذات، وذلك من خلال معرفته بمتطلبات النمو للطفل وخصائصه المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية ومقارنته بالأطفال العاديين وما هي الأمور الرئيسة التي يجب عليه أن يحققها لدى طفله من الشعور بالأمن والتقبل من الآخرين، وكذلك الأمور الفرعية التي تأتي لاحقاً.

- عليه مواجهة حقيقة هامة وهي أن الحياة هي العمل والمسؤولية وليس الراحة والتهرب، وأنه كلما كان الفرد أكثر مسؤولية يستطيع حل مشاكله ويستمتع بوجوده على المدى البعيد بصورة صادقة واقعية، وأن تكون توقعاته متفائلة وليست تشاؤمية لما يمكن أن يحققه مع طفله وعائلته، ويكون شعاره: إذا كانت النفوس كباراً تعبت في مرادها الأجسام.

5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ولا عقلائي، ويعطي المرشد أمثلة كذلك مواقف محددة.

#### • الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

#### • ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

## الجلسة الثانية عشرة:

### • الهدف:

- تقديم الفكرة اللاعقلانية التالية: "هناك دائما حل صحيح وكامل لكل مشكلة، ويجب على الشخص أن يجده".

### • الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.
2. يطرح المرشد سوألا لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطى المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.
3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: يعتقد ملايين الأشخاص أن عليهم إيجاد حلول محددة وكاملة لمشكلاتهم وإذا كانت حياتهم تتسم بعدم الكمال والتأكد فإنهم لن يعيشوا بسعادة، وهذه فكرة لا عقلانية للأسباب التالية:
  - لا يوجد كمال في العالم حيث أننا نعيش في عالم فيه احتمالية و فرص ولا نستطيع التأكد من كل شيء خارج أنفسنا، فالكمال لله وحده.
  - الكارثة التي يتخيلها البعض إذا لم يجدوا الكمال لا وجود فعليا لها ولكنها تقع في تفكيرهم، والكمالية عادة تحدد الحلول المحتملة للمشكلة وتدفعك لحل أقل كفاءة مما لو كنت لا تبحث عن الكمالية، فإذا أصر الشخص على حل مشكلته بشكل معين فإنه قد يضع عليه فرصا أخرى لحل المشكلة متوفرة وأسهل.
4. يناقش المرشد معهم أن الشخص العقلاني:
  - يعتقد أن الكمال لله وحده فقط ولا نستطيع التأكد من كل شيء فعليا تقبل الواقع، فلا يجب على الشخص أن يكون على معرفة كاملة أو يجد الحل الكامل أو يسيطر تماما على كل الظروف من علاج وتأثيراته المختلفة معرفيا واجتماعيا وصحيا ونفسيا، بل يسدد ويقارب محاولا الوصول للمثالية.
  - وأنه عندما تواجهه مشكلة ما فإن عليه إيجاد حل ضمن عدة بدائل، وعليه أن يعرف أنه لا يوجد حل يغطي كل جوانب المشكلة، وعليه هنا أن يتقبل

التسوية. فالشخص العقلاني عليه أن يضع قراراته في وقت معقول بعد تفكير كاف، ويسأل نفسه هل أريد أن أفقد طفلي وأخوته وهل.. بشكل كامل؟، والقاعدة تقول: "ما لا يدرك كله لا يترك جله".

5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ولا عقلائي، ويعطي المرشد أمثلة كذلك مواقف محددة.

• الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

• ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:

الجلسة الثالثة عشرة:

• الهدف:

- تقديم الفكرة للاعقلانية التالية: "ينبغي أن يتسم الشخص بالرسومية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس".

• الإجراءات:

1. يقدم المرشد ملخصا حول ما تم في الجلسة السابقة، ويقوم بمناقشة المشاركين في ما تم طرحه فيها، وفي المواقف التي تم تسجيلها.

2. يطرح المرشد سؤالا لماذا تعتبر هذه الفكرة غير منطقية؟، ويعطي المشاركون فرصة لمناقشة الفكرة، وملاحظة الجوانب اللا منطقية فيها وما يترتب على الاقتناع بها بالنسبة للوالدين وأطفالهم.

3. ثم يناقش المرشد الفكرة قائلا: يعتقد الكثيرون في مجتمعنا أن اتسام الشخص بالرسومية والجدية في التعامل هو أمر ضروري ويؤكد احترام الآخرين وحبهم له، هذه الفكرة لاعقلانية للأسباب التالية:

- بالرغم من أن الرسمية والجدية ضرورية في بعض المواقف التي يتعامل فيها إلا أنها غير مناسبة في مواقف أخرى مثل: أن يكون الشخص مرافقا لابنه في المستشفى ويساعده في تجاوز محنته ويكون قريبا منه لأنها ستحرمه من إقامة علاقة حب ومودة وصراحة.

- إن الحياة بمرح والإحساس بالراحة والتلقائية أثناء التعامل مع الآخرين وخاصة طفله دون اللجوء إلى الرسمية والجدية الدائمة لا تحرمه لحظات المتعة التي هي أمر ضروري لتوفر الصحة النفسية لديه.

4. ثم يناقش المرشد معهم أن تفكير الشخص العقلاني يكون كالتالي:

- يعرف أن هنالك لحظات يجب أن يتعامل معها بمجدية وحزم مع طفله ولا يدعه يعتمد عليه بشكل كلي، أو لا يقوم بواجباته المدرسية المقدور عليها، أو لا يقوم بواجبه اتجاه أخوته والديه إضافة على وجود لحظات عليه فيها أن يتعامل بعيدا عن جو الرسمية والجدية بل التلقائية والفرح واللعب مع طفله والتنزه معه والتعامل معه كأنسان طبيعي بل وزيادة.

- يعرف أن الرسمية المبالغ فيها والجدية لا تعطيه مكانة أو احتراماً من الآخرين بقدر ما أنها قد تنفرهم منه ومن تصرفاته، وقد يفقد السيطرة على طفله لاحقا بعد شفائه بإذن الله.

5. يقوم بعدها المشاركون بإعطاء الأمثلة ويتم مناقشة ما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي لا عقلاني ولا عقلاني، ويعطي المرشد أمثلة كذلك مواقف محددة.

#### • الواجب:

تطبيق ما تعلموه في الجلسة مع أبنائهم في الحياة العملية، من خلال تسجيل موقف على الأقل.

#### • ملخص الجلسة بعد التطبيق:

- رأي المرشد:

- رأي المشاركين:



الجلسة الرابعة عشرة:

• الهدف للجلسة الختامية:

- تقديم ملخص للأفكار اللا عقلانية.
- إجراء القياس البعدي.

• الإجراءات:

1. يناقش المرشد المشاركين في الأفكار اللا عقلانية والمواضيع التي طرحت، ومدى الاستفادة منها ومن المواضيع معطين تغذية راجعة عن البرنامج.
2. إجراء القياس البعدي.
3. تقديم المرشد الشكر الجزيل لأولياء الأمور المشاركين الذين واطبوا على الحضور والمتابعة والتفاعل الجيد.

وفي دراسة (عبد الله، 2006) تم تطبيق هذا البرنامج على عينة مكونة من عشرين أمًا من أمهات أطفال مرضى لوكيميا الدم أعمارهم ما بين (5-18) سنة. وكانت النتائج للسؤال التالي:

ما أثر البرنامج الإرشادي في تحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن ؟

فقد أشارت نتائج اختبار (ت) إلى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في جميع الأبعاد. كما أكد ذلك كل من: (زيدان، 2000) و (اللذقاني، 1995) و (غيث، 2004) وسميث ((Smith, 1983) و برنارد (Bernard, 1990) وليونز و وودز (Lyons & Woods, 1991) وبيلسر (Biller, 1998)).

بداية على مستوى التأثيرات المعرفية لدى هؤلاء الأطفال و اكتساب الأمهات (الأكثر تعايشا مع الأطفال) للمعلومات والمهارات اللازمة في التعامل مع الطفل ؛ مما قلل من الآثار السلبية للمرض و علاجه وما ترتب عن ذلك من غياب متكرر عن المدرسة والزملاء، و التفكير بشكل عقلائي و جدي في مستقبل أطفالهم.

و أيضا على مستوى التأثيرات الاجتماعية، فقد ظهر تحسن ملحوظ، يرجع إلى اكتساب الأمهات لمهارات عملية مبنية على التفكير العقلاني أدت لممارسة أطفالهن حياتهم الاجتماعية قريبا من الأطفال العاديين، بل قد يتم التفكير في أن نجعلهم يتفوقون على الأطفال العاديين عند زيادة الاهتمام بهم بشكل إيجابي و عقلائي كما أشار إلى ذلك خولر (Kholer , 1996).

أما على بعد التأثيرات الجسمية فيعزو الباحث تحسن هذه الخصائص إلى تقدم الطفل في العلاج وتأقلم جسمه من ناحية فسيولوجية، واختلاف نوع العلاجات المقدمة للطفل المريض مع الزمن، وأيضا لاكتساب الأمهات التفهم اللازم لخصائص أبنائهن ومشاركة أبنائهن في ذلك ؛ مما أدى إلى تحسن حالتهم النفسية وبالتالي زيادة مناعتهم.

وأخيرا فقد ظهر تحسن على مستوى التأثيرات النفسية، وقد يرجع ذلك لتحسن التكيف النفسي للأمهات والتعامل بشكل عقلائي مع ظروف أطفالهن من خلال المعلومات والمهارات التي اكتسبتها، و كل ذلك انعكس إيجابيا على سلوكيات الأطفال حيث انخفضت الضغوطات النفسية، وتحسن مستوى التكيف النفسي لهؤلاء الأطفال.

ويمكن تفسير النتائج الإيجابية التي حققتها هذه الدراسة التجريبية في امتلاك الأمهات اللواتي شاركن بالبرنامج التدريبي لدافعية جيدة حيث تقبلن فكرة المشاركة، وكن يعانين من ضغوطات نفسية و يفتقرن للأساليب و المهارات التي يمكن أن تساعدن على التخفيف من هذه الضغوطات، و تعلمن مهارات حياتية جديدة، وهذا ما كشفت عنه نتائج الاختبار القبلي ؛ لذلك فإن الدافعية العالية التي أقبلت بها الأمهات على التواصل والاستمرار في البرنامج والرغبة الأكيدة في البرنامج، والتي تمثلت في التزامهن بالتطبيق وإحجاز المطلوب والمناقشة الفعالة وتبادل الأفكار و المهوم والمشاكل.

وكذلك يمكن الإشارة إلى أن التصميم شبه التجريبي يؤكد على أن الانخفاض يعود للبرنامج التجريبي المقترح والمبني على العلاج العقلاني الانفعالي.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات هي:

- إجراء دراسات أردنية ماثلة خاصة بأطفال مرضى السرطان ممن شخصوا بأنواع مختلفة أخرى غير سرطان الطفولة، والذين هم على مقاعد الدراسة.
- إجراء دراسة حول أفكار أطفال مرضى السرطان عن مرضهم، وعن الموت والعالم الآخر و أثرها في هؤلاء الأطفال.
- دراسة متغيرات أخرى تؤثر في أطفال مرضى لوكيميا الدم كنوع العلاج المقدم (كيماوي، أشعة، زراعة نخاع)، أو نوع تشخيص مرض اللوكيميا المصاب به الطفل (( ALL, AML)، أو ترتيب الطفل المصاب بين أخوته.
- إجراء دراسة حول وجهة نظر الفريق الطبي، وأخوة أطفال مرضى لوكيميا الدم في خصائص هؤلاء الأطفال.
- الدعوة إلى التعامل مع فئة أطفال مرضى السرطان، و خصوصا أطفال مرضى لوكيميا الدم في المدارس كفئة من ذوي الحاجات الخاصة يحتاجون إلى تدخل تربوي خاص.
- شمول أطفال ذوي الحاجات الخاصة من ذوي الأمراض المزمنة، و خصوصا السرطان في قوانين وتعليمات وزارة التربية والتعليم التي تراعي ظروف مرضهم، وظروف علاجهم، وما يتبعها من غياب أو انقطاع أو تأخر دراسي.
- التأكيد على التعاون بين المدرسة وأولياء الأمور و فريق العلاج في المستشفيات للوصول بأطفال مرضى السرطان إلى أفضل حال.
- الاهتمام بأولياء أمور أطفال مرضى لوكيميا الدم، وإرشاد أسرهم نظرا للدور الكبير الذي يقومون به في التخفيف من الآثار السلبية للمرض وعلاجه، وبالتالي العمل على الوصول بالأطفال المرضى إلى وضع يشبه الأطفال العاديين.
- استخدام برنامج العلاج العقلاني -الانفعالي المقترح على شكل برنامج توجيه جمعي عند إرشاد أولياء أمور أطفال مرضى السرطان ؛ نظرا لدوره الكبير في تحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى السرطان، وتغيير كثير من الأفكار غير العقلانية .

- توعية و تدريب المرشدين التربويين و الأخصائيين الاجتماعيين و المعلمين في كيفية التعامل مع أطفال مرضى سرطان الطفولة و أولياء أمورهم.
- التأكيد على أثر مجموعات الدعم المكونة من أولياء أمور الأطفال المصابين بالسرطان في التخفيف على أولياء أمور الأطفال المصابين حديثا بالسرطان، و كيفية التعامل معهم، وحث المستشفيات على تفعيل دورهم.
- التأكيد على أهمية الدعم الروحي (الديني) بالإضافة للاجتماعي أثناء التعامل مع أطفال مرضى السرطان و أولياء أمورهم ؛ نظرا لدوره الكبير في التفكير العقلاني والواقعي الذي يؤثر بدوره بشكل إيجابي على الأطفال المرضى وأسرهـم و مجتمعهم المحيط.
- فتح مراكز لتقديم الخدمات الطبية والعلاجية والاجتماعية والنفسية والتربوية الخاصة بأطفال السرطان في محافظات الجنوب والشمال بسبب بعد المكان عن العاصمة، والعناء الكبير الذي يلاقيه الطفل وولي أمره كلما أراد المراجعة بالطفل أو عند وجود حالة طارئة خطيرة كارتفاع الحرارة.

### دراسات

هناك مجموعة من الدراسات حول العلاج العقلاني الانفعالي، ومنها:

#### أولاً: الدراسات العربية:

في دراسة زيدان (2000) التي هدفت إلى اختبار مدى فعالية برنامج إرشادي بالتركيز على العلاج العقلاني الانفعالي للتخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان، استخدم الباحث عينة من أسر الأطفال المصابين بالسرطان (عشرون أسرة لعشرين طفلاً من الأطفال المصابين بالسرطان) في المرحلة العمرية (8-12) سنة بعد (2-3) أشهر بعد التشخيص وهي ما تسمى بالمرحلة الحرجة (أو صدمة ما بعد التشخيص)، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي بتكنيكاته المختلفة، واستخدم الباحث مقياس القلق العاملي، ودليل مقابلة الفريق العلاجي (إعداد الباحث)، والتقارير النفسية والاجتماعية والطبية للحالة والبرنامج الإرشادي.

وقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائية بين عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج وبعده نتيجة للبرنامج الإرشادي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات قبل تطبيق البرنامج.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات بعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء قبل تطبيق البرنامج وبعده نتيجة للبرنامج الإرشادي.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات قبل تطبيق البرنامج وبعده نتيجة للبرنامج الإرشادي.
- لا تتأثر الدرجة الكلية للوالدين قبل وبعد تطبيق البرنامج بالعوامل التالية:

1. جنس الطفل المريض

2. ترتيب الميلاد للطفل المريض.

بينما تأثرت الدرجة الكلية قبل تطبيق البرنامج وبعده بالعوامل التالية:

1. نوع السرطان ودرجته.

2. المستوى التعليمي للوالدين.

أما دراسة عبد المجيد (1990) فقد هدفت إلى اختبار العلاج المعرفي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج بالواقع في علاج مشكلات التوافق النفسي والانفعالي والاجتماعي المدرسي لطلاب المرحلة الثانوية، وقد استخدمت في الدراسة الأدوات التالية: اختبار الشخصية، مقياس التوافق المدرسي، مقياس التقدير. وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين ممارسة العلاج المعرفي وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمدرسي لطلاب المرحلة الثانوية.

وكذلك أجرت داود (2001) دراسة تناولت فعالية برنامج توجيه جمعي في الصفوف يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي في تحسين التفكير العقلاني وخفض

التوتر الذي تعاني منه طالبات الصف التاسع. حيث بلغ عدد الطالبات المشاركات في الدراسة أربعمائة وستا وستين طالبة توزعن على اثنتي عشرة شعبة تم اختبارها عشوائيا من ست مدارس للإناث اختيرت بشكل قصدي من بين مدارس الإناث في عمان، بحيث اختيرت شعبتان من كل مدرسة ثم وزعتا عشوائيا إلى تجريبية وضابطة. وقد طبقت على جميع أفراد الدراسة أدوات الدراسة وهما: مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية الذي طوره (الريحاني 1985)، وقائمة التوتر التي طورتها (زواوي، 1992) قبل تنفيذ برنامج التوجيه الجمعي وبعده، المؤلف من أربع حصص توجيه جمعي تناقش المعتقدات العقلانية واللاعقلانية وتشرح العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك (ABC mode). وباستخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمعرفة ما إذا كان هناك فروق في التغيرات ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعتين: التجريبية والضابطة لكل مدرسة من المدارس الست، تم التوصل إلى وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أدوات الدراسة في خمس من المدارس الست حيث تحسنت درجة التفكير العقلاني، وانخفضت درجة التوتر لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية.

أما دراسة الطيبة (1990) فقد هدفت لبحث أثر البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على النظرية العقلانية المعرفية لألبرت أليس في خفض الاكتئاب لدى مجموعة من طالبات إحدى المدارس الثانوية.

وتأتي أهمية هذه الدراسة كونها تسهم في استقصاء فاعلية أسلوب معرفي في الإرشاد في خفض درجة الاكتئاب، وتسعى هذه الدراسة إلى اختبار الفرضية التالية: توجد فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب نتيجة للإرشاد الجمعي بين المجموعة التي تتلقى تدريبا على التفكير المنطقي وبين المجموعة الضابطة التي لا تتلقى مثل هذا التدريب، وقد حدد أفراد هذه الدراسة عن طريق تطبيق قائمة بيك للاكتئاب على جميع طالبات الصف العاشر والأول الثانوي في مدرسة الجيبة الثانوية وعددهن مائة وثمانون طالبة وقد بلغ عدد أفراد الدراسة خمسين طالبة هن اللواتي حصلن على أعلى الدرجات على قائمة بيك للاكتئاب،

وتم توزيع أفراد الدراسة عشوائيا على المجموعتين التجريبية والضابطة.

وتم حساب متوسطات درجات التحسن، واستخدام تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeat Measure Analysis) الذي أظهر أن هناك فروقا بين المجموعة التجريبية والضابطة، وظهرت هذه الفروق في القياس البعدي، وأشارت نتائج الدراسة إلى إمكانية استخدام المرشدين النفسانيين في مدارس التربية والتعليم أسلوب الإرشاد المعرفي العقلاني لخفض درجة الاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية.

أما دراسة الشيخ والطيب (1990) والتي هدفت إلى التعرف على أثر كل من عاملي الجنس والتخصص في التفكير اللاعقلاني لدى عينة من طلاب الجامعة متمثلة في طلاب كلية التربية، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها أربع مائة طالب وطالبة من طلاب كلية التربية بالفيوم يمثلون التخصصات الأدبية والعلمية، وقد استخدم الباحثان أداة اختبار الأفكار العقلانية و اللاعقلانية (سليمان الريحاني)، وقد توصل الباحثان إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين عينة الدراسة على اختبار الأفكار العقلانية و اللاعقلانية ترجع إلى عاملي الجنس والتخصص .

وأیضا دراسة اللاذقاني (1995) هدفت إلى تطوير برنامج إرشاد جمعي لمعالجة القلق الاجتماعي واستقصاء فاعلية هذا البرنامج في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى طلاب التدريب المهني. واختبار ذلك صمم برنامج إرشاد جمعي قائم على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي، وقد اشتمل البرنامج على الاستراتيجيات والأساليب التدريسية بإعطاء التعليمات ولعب الدور والنمذجة والتغذية الراجعة والتعزيز الاجتماعي و الوظائف البيتية، واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية.

بعد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على عينة شملت (372) طالبا من طلاب مركز التدريب المهني/ القويسمة، تم اختبار خمسين طالبا ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي وزعوا على مجموعتين: تجريبية تتكون من خمسة وعشرين طالبا، وضابطة تتكون من خمسة وعشرين طالبا.

خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج إرشادي للتدريب على خفض مستوى القلق الاجتماعي ومدته عشرة أسابيع بمعدل لقاء واحد أسبوعيا لمدة تسعين دقيقة، في

حين لم تنلق المجموعة الضابطة مثل هذا التدريب، وبعد انتهاء البرنامج أعيد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على أفراد المجموعتين، كما أعيد تطبيقه مرة أخرى بعد مرور أسبوعين من انتهاء البرنامج.

وتم استخدام تحليل التباين (ANCOVA) لاختبار فرضية الدراسة، ووجد أن هناك أثرا ذا دلالة إحصائية للمعالجة على خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى طلاب المجموعة وهذا يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي على خفض مستوى القلق الاجتماعي. أما فيما يتعلق باستمرارية أثر المعالجة على مستوى القلق الاجتماعي بعد توقف البرنامج فقد أظهرت النتائج أن هناك أثرا ذا دلالة بين متوسطات الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس المتابعة مما يدل على استمرارية تأثير البرنامج. وخلصت الدراسة إلى استنتاج مفاده بأن برنامج الإرشاد الجمعي القائم على التدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج العقلي العاطفي له تأثير في معالجة القلق الاجتماعي.

أما دراسة غيث (2004) فقد هدفت إلى تطوير برنامج توجيه جمعي في التربية العقلانية الانفعالية يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي وقياس آثاره على التفكير العقلاني ومركز الضبط والتكيف النفسي لدى عينة من طلبة الصف التاسع. تألفت عينة الدراسة من (282) طالبا وطالبة يدرسون في (10) شعب من شعب الصف التاسع تم اختيارهم عشوائيا من خمس مدارس تم اختيارها بشكل قصدي للاشتراك في الدراسة بحيث اختبرت شعبتان من كل مدرسة، ثم وزعتا عشوائيا إلى المجموعة التجريبية والضابطة.

استخدمت في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لقياس المتغيرات التابعة وهي: مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية، ومقياس مركز الضبط الداخلي والخارجي، ومقياس التكيف العام. والتي تم تطبيقها على المجموعتين التجريبية والضابطة ثلاث مرات في القياس القبلي الذي سبق التعرض لبرنامج التوجيه الجمعي، وفي القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج، وفي قياس المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج.



أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الأفكار العقلانية وجهة مركز الضبط والتكيف النفسي، حيث انخفضت درجة التفكير اللاعقلاني وزاد التوجه نحو الضبط الداخلي، كما تحسّن مستوى التكيف النفسي لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وأشارت النتائج إلى أن برنامج التربية العقلانية الانفعالية النمائي المطبق عبر التوجيه الجمعي في الصفوف ذو فاعلية في تحسّن التفكير العقلاني والتكيف النفسي وزيادة التوجه نحو الضبط الداخلي. وأوصت الدراسة باستكمال تطوير برامج نمائية في التربية العقلانية الانفعالية لنشر الثقافة العقلانية، الأمر الذي يعزز من الصحة النفسية والتكيف عبر مراحل النمو المختلفة.

#### ثانياً: الدراسات الأجنبية:

في الدراسة التي أجراها مكونكي، ماريجا، برادلاند ومفول (Mc Konkey, Mariga, Braad land and Mphole , 2000) بعنوان دور الوالدين كمدرّبين في الدول ذات الدخل المتدني فقد صممت ورشة عمل لمدة خمسة أيام لإعداد الوالدين حتى يكونوا مدرّبين لوالدين آخرين لذوي طفل معاق، كذلك لبناء الثقة والكفاءة الخاصة بهم في مجموعات مجتمع التدريب وكذلك العاملين المهنيين مثل المعلمين. المعلومات التي جمعت في آخر ورشة للعمل أكدت تحقيق هذه الأهداف. بعد (12) شهراً كان المشاركون قد قاموا ب (19) تدريباً في منطقة (ليسوتوا) للعائلات ومجموعات المجتمع، وكانوا قادرين على إنتاج مخرجات محسوسة من تدريبهم، وقد تمت مناقشة العناصر الأساسية لمبادرات التدريب هذه.

ومن بين دراسات المراجعة دراسة سميث (Smith, 1983) والمنشورة في (Hagga & Davison, 1993, p.2118) حيث أظهرت نتائج المراجعة أن العلاج العقلاني الانفعالي احتل المرتبة الثانية من حيث فعاليته في العلاج النفسي - بعد تقليل الحساسية التدريجي - وذلك من بين عشرة أشكال من العلاج النفسي.

كما قام بيرنارد (Bernard, 1990) بمراجعة لست وأربعين دراسة استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي مع الأطفال من عمر المدرسة، وتمت مقارنته بآثار عدم

استخدام أية معالجة للأفراد ضمن المجموعات الضابطة، وذلك باستخدام فئات متباينة من الأطفال العاديين عن لديهم صعوبات تعلم ومرهقين معرضين لمخاطر عالية وأطفال لديهم قلق امتحان، ومشكلات تفاعل، وآخرين لديهم مشكلات أكلينيكية أخرى. لقد أوضحت المقارنات فعالية برامج التربية العقلانية الانفعالية، وقد كانت أعلى فعالية لها على مقياس العقلانية فقد أظهرت (92٪) من الدراسات التي قامت بتطبيق مثل هذه المقياس الخفضا في الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد، كما أظهرت القياسات الأخرى للمتغيرات التابعة أن أعظم التغيرات كانت على البعد السلوكي، حيث أظهرت (64٪) من الدراسات التي تمت مراجعتها استفادة المشتركين في برامج التربية العقلانية، وتجلت تلك الاستفادة على شكل تغير في المشكلات السلوكية للمشاركين، كما تم ملاحظة الانخفاض في القلق لدى (50٪) من الدراسات، وبأخذ هذه النتائج معا، فإن الأرقام الثلاثة تشير إلى أن للتربية العقلانية الانفعالية تأثيرات عظيمة على التفكير اللاعقلاني بتغييره وتعديله، وبشكل مماثل نسبيا وإن كان بدرجة أقل تقوم بإحداث تغيرات سلوكية وانفعالية.

و أيضا قام ليونز و ودز (Lyons & Woods, 1991) بمراجعة نوعية لسبعين دراسة حول فعالية العلاج العقلاني الانفعالي والتي وردت في (Weinrach, 1995) وأظهرت مراجعتها أن العلاج العقلاني الانفعالي شكل فعال من العلاج واتضحت فعاليته عندما تمت مقارنة مجموعات العلاج العقلاني الانفعالي ببيانات الخط القاعدي والأشكال الأخرى من الظروف الضابطة، وعند المقارنة بين العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي لم تظهر أية فروقات ذات دلالة إحصائية.

ومن الجهود المتميزة في تقييم برامج التربية العقلانية الانفعالية ما قام به جوسيت و أوبراين (Gossette & O'Brien, 1993) من دراسة تناولت مراجعة لثلاث وثلاثين أطروحة و أربع دراسات منشورة قامت بتقييم آثار التربية العقلانية. لقد استخدمت في دراستها ما مجموعه (278) مقارنة، وتم تعيين المشاركين في مجموعات متعددة ضمن مجموعات تجريبية طبقت عليها برامج التربية العقلانية الانفعالية ومجموعات أخرى ضابطة لم تتلق أية معالجات، أظهرت النتائج أن برامج التربية

العقلانية الانفعالية كانت أكثر تأثيراً على المعتقدات اللاعقلانية، وكانت تأثيراتها أقل على القلق ومفهوم الذات ومركز الضبط، وقد تفوقت المعالجة باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي عند مقارنتها بقوائم الانتظار لدى (32٪) من الدراسات، وعلى المجموعات الزائفة (Placebo) في (21٪)، وعلى الأشكال الأخرى من العلاج في (23٪) من الدراسات، وقد كانت أقل فائدة لهذا العلاج مع الشباب الصغار والمضطربين حيث أظهرت دراسة واحدة فقط تفوق هذه المعالجة على غيرها أي ما نسبته (2٪) من الدراسات، وبين الأطفال الأسوياء تفوقت المعالجة العقلانية الانفعالية في (69) دراسة من أصل (237) مقارنة أي بنسبة (29٪) من الدراسات. وأن أعظم تأثير لبرامج التربية العقلانية الانفعالية ظهر على شكل انخفاض في اعتناق المعتقدات اللاعقلانية، وزيادة في التفكير العقلاني لدى الأفراد المشاركين في هذه البرامج، وهما يريان أن الغالبية العظمى من الباحثين الذين درسوا أثر هذه البرامج العقلانية على الأفراد في الصفوف والمجموعات الإرشادية وصلوا إلى مثل هذه النتيجة، وذلك بعد أن قاما بمراجعة شاملة وتحليلية للعديد من الدراسات السابقة ذات العلاقة.

أما ويلد (Wilde, 1996) فقد سعى إلى تحديد قدرة طلبة المرحلة الابتدائية على تعلم مهارات التفكير العقلاني من خلال برنامج توجيه جمعي نمائي داخل الصفوف طبق في برنامج في التربية العقلانية قصير المدى أخذت دروسه من منهج آن فيرنون الذي حمل عنواناً (Thinking, Feeling and Behavior) الذي نشره عام 1989، اشترك في هذه الدراسة خمسة وتسعون طالباً من طلاب الصف الرابع الابتدائي من مدرسة ريفية حكومية وقد تم توزيعهم على مجموعات الدراسة التجريبية والضابطة حيث كانوا موزعين على خمس شعب دراسية، تلقوا فيها أربع حصص توجيه جمعي مدة كل واحدة منها نصف ساعة وعلى مدار أسبوعين.

استخدم في الدراسة تصميم الاختبار القبلي والبعدي حيث تم قياس المتغير التابع والتفكير العقلاني قبل تطبيق البرنامج وبعده، وذلك باستخدام قائمة الأفكار التي قام بإعدادها سنة 1977 كازينوف وزملاؤه، وهي تساعد في تحديد درجة تقبل الطلبة واعتناقهم للأفكار اللاعقلانية. لقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى تزايد

التفكير العقلاني لدى الطلبة المشاركين بعد تعرضهم للدروس التعليمية إلا أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسط درجات الاختبار القبلي والبعدي على المقياس المستخدم وجدت في ثلاث شعب من خمس شعب تعرضت للدروس التوجيهية.

و أيضا دراسة بيلسر (Billor, 1998) التي هدفت إلى اختبار فعالية العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة المراهقين المصابين بسرطان المثانة للتغلب على الضغوط اليومية، وذلك من خلال طريق علاجي طبي ونفسي متكامل من خلال استخدام المقاييس التالية: مقياس القلق، مقياس الوظائف الإدراكية، التقارير الوالدية للسلوك اليومي. وقد أشار الباحث إلى أن تخفيض مستوى القلق يساعد الجهود المبذولة لإنقاص حدة المرض نفسه يرتبط ذلك بسرطان المثانة لدى المراهقين. وقد توصل الباحث إلى أن الشباب المراهقين المصابين بسرطان المثانة يحتفظون بنسبة عالية من القلق ونقص الوظائف الإدراكية لما لها من مكاسب ثانوية رغم الجهود المبذولة من خلال البرامج العلاجية المقترحة، كما أوصى الباحث بأن العلاج السلوكي المعرفي يمكن تطبيقه لعلاج مشكلة القلق لدى المراهقين المصابين بالسرطان.

وفي دراسة لستيوارت و كنيث (Stewart & Kenneth, 1983) والتي اهتمت باختبار فاعلية العلاج العقلي العاطفي في علاج حالات القلق الاجتماعي العالي والمزمن تكونت عينة الدراسة من خمسة وأربعين طالبا يعانون من القلق الاجتماعي حيث حصلوا على علامات عالية على مقياس التجنب الاجتماعي ومقياس الضغط النفسي، قسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة العلاج العقلي العاطفي، ومجموعة ضابطة بدون علاج، أظهرت النتائج أن مجموعة العلاج العقلي قد انخفض مستوى القلق الاجتماعي لدى أفرادها.

### تعديل السلوك لدى هؤلاء الأطفال

لا يختلف هؤلاء الأطفال عن الأطفال العاديين من حيث أن الطفل يسلك (يقوم بأفعال ونشاطات مختلفة)، وأن سلوكه ليس عشوائيا ولكنه يحدث وفقا لقوانين محددة. وإذا عرفنا تلك القوانين، أصبحت عملية تعديل سلوك الطفل عملية ممكنة وفاعلة.



(\*) بالتعاون مع مركز الحسين

للسرطان

ومن أهم القوانين السلوكية والتي تنطبق على سلوك كل من الطفل المعوق والطفل العادي ما يلي:

1. السلوك لا يحدث بالصدفة أو بدون أسباب، ولكن للسلوك أسبابا معينة، وإذا أخذنا الوقت الكافي لتحليل الوضع سنكتشف تلك الأسباب، وبالتالي سنستطيع ضبطها وضبط السلوك.

2. السلوك في اللحظة التي يحدث فيها يكون متاثرا بثلاثة أنواع من العوامل الرئيسة، وهي:

أ. الخبرات الماضية.

ب. القابليات الوراثية.

ج. الظروف البيئية الحالية.

وعلى أي حال، ليس باستطاعة الوالدين أو المعلمين أو غيرهم تغيير السلوك بتغيير الوراثة أو بتغيير الخبرات الماضية ولذلك فإن القانون الأساسي في تعديل السلوك هو ضبط الظروف البيئية الحالية.

3. الظروف البيئية الحالية والتي لها الدور الأكبر في ضبط السلوك قد تكون ضابطة للسلوك (أي أنها تحدث قبله)، أو قد تكون تابعة له (أي أنها تحدث بعده). و الأحداث الأكبر أثرا على السلوك هي الأحداث التي تتبع السلوك. ولذلك فالقانون الآخر المهم من قوانين تعديل السلوك هو تغيير نتائج السلوك لتغيير السلوك نفسه.

فالبدأ الأساسي في علم السلوك الإنساني هو أن السلوك محكوم بنتائجه. فإذا كانت نتائج السلوك إيجابية زادت احتمالات تكرار الطفل له، وإذا كانت نتائجه غير إيجابية أو سلبية انخفضت احتمالات تكرار الطفل له. وتكون نتائج السلوك إيجابية أو مرضية إذا حصل الطفل على ما يريد بعد قيامه بالسلوك أو إذا خلصه السلوك مما لا يريد. وتكون نتائج السلوك سلبية إذا تعرض الطفل عند قيامه

بالسلوك لحدوث أو شيء لا يجبه. أو ينفر منه أو إذا أدى قيامه بالسلوك إلى حرمانه من شيء يجبه.

بعبارة أخرى، إن من أهم استراتيجيات تعديل السلوك استخدام التعزيز مع الطفل (إعطاؤه أشياء يجبهها أو تخليصه من أشياء لا يجبهها) عندما يكون سلوكه مناسباً وعدم تعزيره أو تجاهله عندما يكون سلوكه غير مناسب.

4. السلوك الإنساني ظاهرة بالغة التعقيد، فالسلوك قد يكون ظاهراً وقد يكون خفياً. ولأنه ليس باستطاعتنا تغيير السلوك غير الظاهر بشكل مباشر فإن علينا التركيز على السلوك الظاهر وتعريفه بدقة ووضوح بحيث يمكن تسجيل عدد مرات حدوثه أو مدة حدوثه لكي نحكم على فاعلية الأساليب المستخدمة لتعديله.

5. السلوك سواء كان عادياً أو شاذاً هو سلوك متعلم في الغالبية العظمى من الحالات. فالسلوك غير المقبول مثله مثل السلوك المقبول يقوى ويتدعم إذا وفر التعزيز للفرد ويضعف وقد يتوقف إذا أدى إلى الحرمان من التعزيز. إننا نعرف أن السلوك أحياناً قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية ولكن ذلك لا يبطل مفعول التعلم. فالطفل الذي لديه نشاط زائد بسبب تلف بسيط في الدماغ أو الطفل الذي لديه سلوك غير عادي لأنه يعاني من اضطراب في الكروموسومات لا يمكن تعديل سلوكهما بتغيير الدماغ أو بتغيير الكروموسومات، ولكن سلوكهما غير قابل للتعديل وفقاً لقوانين التعلم العامة المذكورة أعلاه.

ولعل من أهم الخصائص المميزة لبرامج ضبط السلوك الصففي الفعال أنها تتصف بالتنظيم والثبات. وفيما يلي تلخيص لأهم الخطوات التي ينبغي تنفيذها عند استخدام هذه البرامج:

#### أ. تحديد السلوك المراد ضبطه:

1. مقابلة الطفل والأشخاص المهمين في حياته.
2. مقارنة أداء الطفل بالأطفال الآخرين.
3. الحصول على موافقة الأشخاص المهمين على خطة الضبط المقترحة.

4. ملاحظة الطفل أو تطبيق بعض الاختبارات عليه لتحديد حجم وطبيعة المشكلة التي يعاني منها.
5. ترتيب الأنماط السلوكية التي تحتاج إلى ضبط حسب الأولوية.
- ب. تعريف السلوك المستهدف بدقة ووضوح:
  1. وصف السلوك المستهدف بلغة تسمح بجمع معلومات صادقة عنه.
  2. صياغة الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى.
- ج. جمع المعلومات عن السلوك المراد ضبطه:
  1. التعرف على العوامل والمتغيرات التي تسبق حدوث السلوك أو ترافقه أو تحدث بعده.
  2. استخدام أسلوب القياس الملائم لطبيعة السلوك المراد ضبطه (لمعرفة هل المطلوب تكرار حدوث السلوك أو مدة حدوثه أو شدته أو شكله).
  3. البدء بجمع البيانات قبل تنفيذ الخطة المصممة لضبط السلوك وأثناء تطبيقها وبعد التوقف عن استخدامها.
- د. تصميم البرنامج (الخطة) لضبط السلوك المستهدف:
  1. تحديد المكان والزمان الذي سينفذ فيه البرنامج أو الخطة.
  2. تحديد الأشخاص الذين سيشركون في تنفيذ الخطة.
  3. اختيار الأساليب التي سيتم استخدامها وذلك بالطبع يعتمد على الهدف المراد تحقيقه.
  4. تحديد معايير الحكم على فاعلية الأسلوب المستخدم.
  5. تحديد الخطط البديلة التي سيتم تنفيذها في حالة عدم تحقيق الهدف.
- هـ. البدء بتنفيذ البرنامج أو الخطة:
  1. تطبيق الأساليب المخطط لها بطريقة صحيحة.
  2. التحقق من صحة تطبيق الأساليب وذلك بجمع المعلومات اللازمة.

## و. تقييم فاعلية البرنامج أو الخطة:

1. جمع المعلومات المناسبة عن التغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف.
2. عرض المعلومات في رسوم بيانية أو في جداول، وينبغي توضيح ما كان عليه السلوك قبل البدء بتنفيذ البرنامج، وكيف أصبح بعد التنفيذ.
3. مناقشة ذوي العلاقة بالنتائج التي تم التوصل إليها.
4. اتخاذ القرارات اللازمة. فعلى سبيل المثال، هل سيتم تطبيق الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى؟ وهل بالإمكان تفعيل الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى، وهل بالإمكان تفعيل الأساليب في المستقبل.

### بعض أساليب تعديل السلوك

#### • التعزيز:

هناك مجموعة من أنواع التعزيز يقوم فيها المتعلم بإجراءات سلوكية للحصول على التعزيز لاستمرار السلوك الإيجابي وتقويته. وهي كالتالي:

#### أ. من حيث نوع المثير المقدم:

1. التعزيز الإيجابي: تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال توفير أحداث أو أشياء إيجابية تلي حاجات الطفل بعد قيامه بتأدية السلوك مثل: تقديم حلوى للطفل أو تقبيله.
2. التعزيز السلبي: تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال إزالة مثيرات منفرة لا يجيها الطفل بعد قيامه بالسلوك. مثل: حمل الأم للطفل عند بكائه.

#### ب. من حيث توقيت التعزيز (جداول التعزيز):

1. النسبة الثابتة: بعد ظهور وإجهاز عدد محدد من الاستجابات الصحيحة (مثلاً بعد خمس إجابات).
2. النسبة المتغيرة والمتغيرة: بعد ظهور وإجهاز عدد غير متوقع من الاستجابات الصحيحة (مثلاً مرة بعد خمس إجابات ومرة بعد تسع إجابات).



3. الفترة الزمنية الثابتة: بعد فترة زمنية ثابتة (مثلا بعد ثلاثة أشهر).
4. الفترة الزمنية غير الثابتة: بعد فترة متغيرة من الزمن. (مثلا بعد أربعة أشهر، سبعة أشهر).

ج. من حيث التعلم:

1. أولي (المادي): مثل: قلم، حلوى.
2. ثانوي (المعنوي): مثل: ثناء، تقبيل، ..

د. أنواع أخرى:

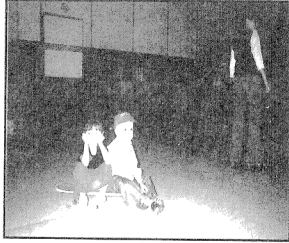
- التعزيز التفاضلي: تعزيز السلوكات المرغوبة وتجاهل غير المرغوبة وصولاً إلى السلوك المطلوب.
  - الوعد بالتعزيز (تعزيز الجدة): مثلاً أن الطفل عليه أن يؤدي واجبه البيئي بشكل صحيح حتى يستطيع مشاهدة التلفاز.
  - تعزيز السلوك البديل: أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز سلوك مناقض له.
  - تعزيز غياب السلوك: أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز الطفل عندما يمتنع عن القيام بذلك السلوك.
  - تعزيز انخفاض السلوك: أسلوب لكبح السلوك يتضمن تعزيز الطفل عندما يصبح سلوكه أقل من مستوى معين يتم تحديده مسبقاً.
- وحتى يكون التعزيز فعالاً لا بد من توافر الشروط التالية:
1. الفورية أو المباشرة في تقديم التعزيز بعد حدوث السلوك.
  2. استخدام جداول التعزيز: الانتقال من المستمر إلى المتقطع.
  3. مراعاة مستوى الحرمان أو الإشباع لدى الطفل.
  4. التعزيز يتناسب ودرجة صعوبة السلوك.
  5. التنوع في التعزيز: بين الأولي والثانوي.
  6. ضرورة توفر التعزيزات في البيئة الطبيعية يزيد من فاعلية التعزيز (عدس، 1998).

- التعاقد السلوكي: الاتفاق مع الطفل حول السلوك المطلوب منه والمكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك، بحيث تكون المهمة قابلة للتطبيق و ووقت محدد للتنفيذ، والنتيجة أو المكافأة محددة.
- التغذية الراجعة: تزويد الطفل بمعلومات توضيحية وتصحيحية بطريقة إيجابية وذلك بهدف توجيه سلوكه المستقبلي.
- التسلسل: تحليل السلوك المراد ضبطه إلى الاستجابات التي يتكون منها، ومن ثم تدريب الطفل على تأدية الاستجابات على نحو يتدرج من السهل إلى الصعب .
- التشكيل: تعزيز الاستجابات التي تقود إلى السلوك المراد تحقيقه وتجاهل الاستجابات التي لا تقود إلى تحقيق السلوك المطلوب (من خلال عملية تحليل السلوك).
- الإخفاء أو التلقين: الإلغاء التدريجي للتعليمات والتوجيهات التي تم استخدامها لتلقين الطفل الاستجابات الصحيحة (التلقين إما أن يكون لفظيا أو ماديا (جسديا)أو (رمزيا).
- النمذجة: استخدام أسلوب التقليد والتعلم بالملاحظة بحيث يتم تقديم إيضاحات كافية للطفل ليتعلم منها(إيجاد نماذج اجتماعية).
- ضبط المثير: التحكم بالسلوك من خلال التحكم بالأحداث التي تسبقه أو تنظيم الظروف التي يحدث فيها لكي يظهر السلوك في المواقف المناسبة ويختفي في المواقف غير المناسبة.
- التعميم: تدريب الطفل على نقل المهارات التي تعلمها في موقف محدد إلى مواقف مشابهة للموقف الأصلي (وهذا يسمى تعميم المثير)، أو تدريبه على إظهار استجابات مشابهة للاستجابة الأساسية (تعميم الاستجابة).
- التمييز: تدريب الطفل على التفريق بين الاستجابة المناسبة والاستجابة غير المناسبة، وذلك من خلال توظيف التعزيز التفاضلي والذي يشتمل على تعزيز

- الاستجابة في مواقف معينة وعدم تعزيزها (تجاهلها) عند حدوثها في المواقف الأخرى.
- **تكلفة الاستجابة:** أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يشمل حرمان الطفل من المعززات المتوفرة لديه.
  - **التصحيح الزائد:** أسلوب عقابي يتضمن إرغام الطفل على إزالة الأذى الذي نتج عن سلوكه الخاطيء.
  - **الإطفاء:** إيقاف التعزيز الذي يحدث بعد السلوك وذلك من أجل إيقاف السلوك نفسه، ويعرف هذا الأسلوب أيضا بالتجاهل المخطط له.
  - **العزل (الإقصاء):** أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يتضمن إزالة البيئة المعززة أو حرمان الطفل من فرصة التمتع فيها.
  - **التوبيخ:** التعبير اللفظي أو غير اللفظي عن عدم الرضا عن السلوك، وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل.
  - **لعبة السلوك الجيد:** أسلوب ضبط جماعي يشتمل على تقسيم الأطفال إلى فريقين وتوضيح قواعد السلوك لهما وشروط الفوز باللعبة، وهي شروط يترتب عليها تنافس الفريقين على تأدية السلوك المقبول والامتناع عن القيام بالسلوك غير المقبول. (قطامي، 2009).

#### العلاج باللعب

يعتبر اللعب مفهوما عاما للترويح، يتم من خلاله ممارسة عدد من الألعاب القائمة على مجموعة من القواعد تعطي اللاعب حرية الاختيار المفتوح والمضبوط في نفس الوقت بقواعد الثواب والعقاب لكل لعبة تمارس. واللعب عبارة عن وظيفة إنسانية أساسية ومطلب تربوي ضروري بواسطته ينمو الطفل جسديا وعقلياً واجتماعيا ونفسيا (يحيى وعبيد، 2007).



#### وظائف اللعب

1. إزالة التوتر النفسي والجسدي عند الطفل.
2. إدخال المرح والمتعة والتنوع في حياة الطفل.
3. اكتشاف الطفل لنفسه وللعالم المحيط به وفي ذلك تعلم الطفل أشياء جديدة.

4. تعليم الطفل حل مشكلاته الخاصة، ومحاولة إيجاد الحلول المختلفة، وتعليمه التركيز والتفكير واتخاذ القرار.
5. تعليمه نظام التنظيف والترتيب وتحمل المسؤولية، فاللعب شكل من اشكال تنظيم التعليم والتعلم.
6. مساعدة الطفل على التعبير من خلال اللعب عن نجاحه وزيادة رغبته في التعبير الكافي عن حياته الواقعية.
7. تمرين الطفل وتدريب عضلاته عن طريق ألعاب الحركة، فيتعلم التنسيق والتحكم في حركات العضلات الجسمية.
8. إكسابه الخبرة والتعلم والعمل.
9. استخدام الطفل لجميع حواسه مما يزيد في قدرته على التركيز، وبالتالي زيادة الفهم.
10. تطبيع الطفل اجتماعيا لتقويم الخلق لديه والتضامن مع رفاقه خاصة في اللعب الجماعي وهذا يساعد على تعلم المشاركة الاجتماعية.
11. القضاء على الملل (فرازي، 2002، حواشين وحواشين، 1990).
12. تعليمه مهارات تعليمية مثل مطالعة الألعاب وعدها وفرزها والمساهمة فيها.
13. إعطائه فرصة التعرف على النواحي الجسمية.
14. إكسابه التعبير عن أفكاره وانفعالاته.

#### اهمية اللعب

له أهمية كبرى في مجالات التعليم والنواحي النفسية والاجتماعية وفي النمو العقلي والمعرفي.

#### شروط الألعاب

1. أن تكون لها أهداف تربوية محددة وفي نفس الوقت مثيرة وممتعة.
2. أن تكون قواعد اللعبة سهلة وواضحة وغير معقدة.
3. أن تكون اللعبة مناسبة لخبرات وقدرات وميول الطفل.

4. أن يكون دور الطفل واضحاً ومحدداً في اللعبة.
5. أن تكون اللعبة من بيئة الطفل.
6. أن يشعر الطفل بالحرية والاستقلالية في اللعب (عبد الهادي، 2004).
7. ويجب التأكد من أن الألعاب التي تختارها لا تلتحق بالأذى بالأطفال.

### بعض الأفكار لطمأنة الطفل خلال تشخيص السرطان ومعالجته

1. ذكر طفلك أنه لم يصب بالسرطان جراء شيء قام به، فإن المرض أو المعالجة ليسا عقاباً.
2. كن صادقاً وواقعياً في توضيحك للإجراءات والمعالجات، وأعلم طفلك بأي تعديلات.
3. لا أحد ولا حتى طفلك يتوقع منك أن تعرف كل شيء، لا تخف من أن تقل: "لا أعلم" إذا طرح طفلك أسئلة لم تتمكن من الإجابة عليها، أخبره أنك ستحاول البحث عن إجابات.
4. لا تخف من طرح الأسئلة على طفلك، فهي لا تخلق مخاوف جديدة عما يميل في خاطر طفلك وما يشعر به بل إنها تعطيهِ الفرصة للتعبير عن مخاوفه التي يشعر بها أصلاً.
5. أخبر طفلك أنه لا بأس إذا شعر بالحزن وبكى، فهذا يفسح مجالاً للتفيس عن المشاعر.
6. ضع حدوداً. قد يحاول طفلك تحدي القوانين التي تضعها خلال هذه الفترة. من الطبيعي أن تسمح للأطفال المرضى بالتحايل على القوانين ولكن هذا في الواقع يجعلهم أكثر توتراً، فقد يتخيلوا أن حالتهم أسوأ مما هي فعلاً.
7. اسمح لطفلك بالسيطرة على بعض الأمور طالما أنها لا تؤدي صحته أو تؤثر على علاجه، وهذا يفسح المجال لطفلك بالنمو رغم القيود.
8. شجع النشاطات للتخفيف من القلق والتوتر. ويساعد الرسم أو اللعب بالمعدات الطبية أو الدمى والتمثيل طفلك للتعبير عن مشاعره. ويساعد اللعب العلاجي مع المرشد الاجتماعي أو الطبيب النفسي الأطفال على فهم مرضهم والتأقلم معه بشكل أفضل.

9. شجع طفلك على التعبير عن مشاعره. ويساعد الحديث العائلي المتكرر في تقليص التوتر، ويساعد الحديث العائلة كلها على مواجهة المرض سوياً.
  10. اعلم أن للأطفال كما للبالغين أياماً جيدة وأخرى سيئة.
  11. تذكر أن فريق الرعاية الصحية موجود للإجابة عن الأسئلة ولتقديم الدعم لك ولعائلتك.
  12. يقلق الأطفال وبخاصة هؤلاء الذين لم يبلغوا الخامسة بعد بخصوص الانفصال عن والديهم. طمئن طفلك أنه وبالرغم من أنك مضطر للمغادرة أنك تحبه وسترجع في أقرب وقت ممكن.
  13. ساعد طفلك للبقاء على اتصال مع أصدقائه وأفراد العائلة والزملاء في المدرسة أثناء غيابه عن المدرسة، هذا يوصل رسالة لطفلك أنه ما زال طفلاً طبيعياً مع أصدقاء واهتمامات ومسؤوليات.
  14. شجع طفلك على القيام بالواجبات المدرسية وأن يعود إلى المدرسة بأسرع وقت ممكن. إذا لم يتمكن طفلك من الالتحاق بالمدرسة حتى لو كان ذلك لوقت قصير فقد ترغب بطلب مدرس خصوصي أو أن يأتي المعلم إلى بيتك. شجع طفلك على الاستمرار بالعمل المدرسي حتى في المنزل.
  15. بالرغم من كل ما يجري فإن طفلك ما زال الشخص نفسه كالسابق مع نفس الاحتياجات العاطفية كأى طفل ينمو. خصص وقتاً من كل يوم لتمتعوا بصحبة بعضكما ما أمكن.
- وأخيراً، فإن مصارحة طفلك بالسرطان ليست مهمة سهلة. نتمنى أن تكون أوحث لكم هذه المعلومات ببعض الأفكار المساعدة. ويمكن أن تستفيد من هذه الأفكار عندما تتحدث مع أخوة أو أخوات أو أصدقاء طفلك (أرناؤوط، 2006- ب).

#### برنامج العودة إلى المدرسة

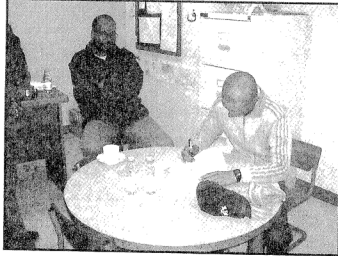
بإشراف مركز الحسين للسرطان وبالتعاون مع وزارة التربية والتعليم الأردنية، (2008).

**تعريف البرنامج:**

هو برنامج أكاديمي لمتابعة الطلبة المتقطعين عن الدراسة خلال تواجدهم في مركز الحسين للسرطان بسبب المرض أو متابعة العلاج.



الأميرة غيداء والأميرة دينا مع أطفال برنامج العودة الى المدارس  
مركز الحسين للسرطان



(\*) بالتعاون مع مركز الحسين للسرطان



**الجهة المستولة:**

قسم الرعاية النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان بالتعاون والمتابعة مع الفريق الطبي المعالج والوزارة والأهل والطلاب. وقد بدأ العمل في هذا البرنامج بتاريخ 2007 / 2 / 5.

**الفئة المستهدفة:**

أطفال مركز الحسين للسرطان من الصف الأول الأساسي إلى الصف السادس الأساسي.

**المواد التعليمية:**

جميع المواد الدراسية للمرحلة الأساسية.

**رؤية البرنامج:**

1. تحقيق تطورات ومهارات أكاديمية لدى الطلبة للوصول بهم إلى أعلى درجات التعلم ولتحسين عملية التعلم لديهم.
2. النهوض بمهام التعليم وأعبائه والتوفير لكل متعلم في هذا البرنامج ما يتناغم وأسلوبه الخاص في التعلم.
3. توفير جميع إمكانيات الدراسة لهم للتعاقد مع الطلاب الآخرين.

**رسالة البرنامج:**

1. تقديم ما هو مميز من برامج تعليمية ووسائل ومواد مناسبة واكتشاف قدراتهم ومواهبهم وتنميتها.
2. الكشف عن أي صعوبات تعلم لديهم ومعالجتها وحل المشكلات.
3. استخدام أساليب تعليمية حديثة وتزويدهم بأساسيات التعلم.
4. العمل بكامل الطاقات وتحقيق التواصل بينهم وبين مدارسهم تواصلًا تعليميًا وتربويًا لتعويضهم عما فاتهم من الدروس والخصص الصفية.

**هدف البرنامج:**

1. رفع المستوى الأكاديمي لطلاب مركز الحسين للسرطان.

2. توفير بيئة تعليمية مناسبة تتيح للمتعلم الاستفادة من أنواع متعددة ومختلفة من مصادر التعلم.
3. تحديد جوانب القوة والضعف لديهم.
4. استخدام استراتيجيات وطرق مناسبة لتغيير مستواهم نحو الأفضل.
5. إكساب الطلاب اهتمامات جديدة وتعزيز المهارات لديهم وتلبية احتياجات الفروق الفردية.
6. تقديم برنامج متكامل يكفل لهم تعليماً يناسب خصائصهم وقدراتهم وظروفهم الصحية.

#### البدائل التربوية المتاحة:

- إن العامل الرئيس هو تهيئة وإحلال الطالب في بيئة تربوية مناسبة، لذا فإن هناك عدة بدائل تربوية لخدمة طلاب مركز الحسين للسرطان. وهي:
1. الغرفة الصفية: تستقبل الطلاب المتابعين للعلاج من خارج المركز كل حسب مواعيد مراجعته للعيادات وهي مجهزة بأحدث الوسائل التعليمية.
  2. قسم الأطفال: خصص في وقت معين غرفة لتدريس الطلبة، ولكن إذا تعذر الأمر على الطالب يتم إعطاؤه الحصة الصفية داخل غرفته الخاصة وعلى سرير الشفاء.
  3. قسم زراعة النخاع: التدريس في هذا القسم يتم في غرفة الطالب وعلى سرير شفاؤه.
  4. منزل الطالب: إذا تعذر حضور الطالب للمركز، وذلك لرسم البسمة والفرحة على وجوههم البريئة.

#### الأجهزة والأدوات والمواعز التعليمية:

كتب ومناهج وزارة التربية والتعليم، دليل المعلم، جهاز الحاسوب، الحاسوب المحمول، أوراق العمل، المكتبة المدرسية، آلة التصوير، الطابعة، الاختبارات، منظومة التعلم الإلكتروني، لوحات ووسائل تعليمية، اللوح (السيورة)، التعلم عن طريق اللعب.

### أساليب التعليم والاستراتيجيات المتبعة:

إن أساليب واستراتيجيات تدريس هؤلاء الطلبة تختلف عن استراتيجيات الطلبة العاديين، وذلك بسبب انقطاعهم عن المدرسة والدراسة لفترات طويلة، لذا لا بد من اتباع أساليب واستراتيجيات مناسبة، ومن هذه الأساليب والاستراتيجيات المتبعة:

1. أسلوب القراءة التمكنية (برنامج وقائي).
2. الأسلوب التعددي الحواس (فيرنالد).
3. أسلوب الخبرة اللغوية.
4. الطريقة التفاعلية (الكلية والجزئية).
5. الطريقة الكلية (التعليم المتكامل للغة).
6. الطريقة الصوتية في تعرف الكلمة.
7. الطريقة الفردية، القراءة المتكررة، إعادة السرد، التهجئة، إعادة الصياغة.
8. الطريقة التحليلية.

### الإجراءات المتبعة للتسجيل بالبرنامج:

1. يتم التعرف على الطلبة المتأثر تعلمهم بسبب المرض، وذلك بالتعاون مع الفريق الطبي المعالج وقسم الرعاية النفسية والاجتماعية.
2. المقابلة الأسرية: وذلك لجمع بيانات عن الطالب وأسرته، وعمل تقييم شمولي للجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية للطالب.
3. المدرسة: إجراء اتصال هاتفي مع مدير مدرسة الطالب ومعلميه وإعلامهم بحالة الطالب الصحية وتعريفهم بالبرنامج ومسؤولياته.
4. عمل اختبارات تشخيص مهارات الطالب في مادتي اللغة العربية والرياضيات وذلك لتحديد المستوى الصفّي للطالب وتطوره النمائي.
5. عمل خطة تعليمية فردية لكل طالب بالتعاون مع مدرسة الطالب ومديرة التعليم التابعة لها، ومنسجمة مع المنهج المدرسي المقرر لغرض الاحتساب القانوني والامتحانات.

6. تزويد الأهل بالتقرير الطبي وبقرار وزارة التربية والتعليم يعطى لمدرسة الطالب الأصلية ليحفظ في ملف الطالب، وحتى تتخذ المدرسة الإجراءات اللازمة مع وزارة التربية والتعليم ومديريات التربية.

- يوجد هناك برنامج للحصص الصفية للطلبة موزعة على أيام الأسبوع.
- إنجازات البرنامج (خلال سنة من تأسيسه):

حفل تخريج للفوج الأول، إصدار شهادات شهرية وفصلية معتمدة لدى وزارة التربية والتعليم، متابعة الطلبة فوق سن 12 سنة مع مدارسهم ومديرياتهم التابعين لها، إجراء امتحانات الثانوية العامة للطلبة داخل الغرفة الصفية تحت إشراف وزارة التربية والتعليم، إعادة بعض الطلبة لمدارسهم بعد انقطاعهم لفترات طويلة عن المدرسة ومتابعة دراستهم وذلك بالتنسيق مع مديريات التربية والتعليم ومدراء المدارس، عمل محاضرات لأهالي مرضى الورم الدماغي ضمن برنامج محدد، تطوع معلمين للغة الانجليزية والرياضيات واللغة العربية للمراحل العليا، سجل متابعة يومية للطلبة داخل مركز الحسين للسرطان يخضع لإشراف وزارة التربية والتعليم، لقاء محاضرات لمجموعات الدعم 'معاك' للتعريف بالبرنامج، احتساب أيام حضور الطالب في مركز الحسين للسرطان ضمن أيام دوامه الرسمي وذلك بالاتفاق مع وزارة التربية والتعليم.



## المراجع

## المراجع باللغة العربية

1. أبو السندمس، شادية (2002). التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الأردنيين المصابين بالوكيميا وأسرههم، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان-الأردن.
2. أبو طالب، صابر، والريحاني، سليمان، وحمدي، زويه (1989). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية. مجلة دراسات، 16(6)، الجامعة الأردنية: عمان - الأردن.
3. أبو قعدان، فراس (2002). أثر مركز الضبط في مستوى الاكئاب لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك: الأردن.
4. أرناؤوط، مها (2005). الآثار المتأخرة لمعالجة سرطان الأطفال. ط1، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان / الولايات المتحدة الأمريكية، عمان-الأردن.
5. أرناؤوط، مها (2006-1). ما الذي يجب أن تعرفه عن أورام الدماغ. ط1، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان / الولايات المتحدة الأمريكية، عمان-الأردن.
6. أرناؤوط، مها (2006-ب). مصارحة طفلك بالسرطان. ط1، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان / الولايات المتحدة الأمريكية، عمان-الأردن.
7. أرناؤوط، مها (2007). سرطانات الأطفال النادرة. ط1، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان / الولايات المتحدة الأمريكية، عمان-الأردن.
8. الباز، راشد (2000). تصور للممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرضى السرطان. مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 8، عدد 4.
9. الحازمي، عدنان (2007). الإعاقة العقلية: دليل المعلمين وأولياء الأمور. ط1. عمان: دار الفكر.
10. الحديدي، منى (1998). مقدمة في الإعاقة البصرية. ط1. دار الفكر، عمان -الأردن.

11. الحديدي، منى، والحطيب، جمال (1992). إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. دار حنين للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
12. الحديدي، منى، والحطيب، جمال (1998). التدخل المبكر. مكتبة دار الفكر، عمان - الأردن.
13. الحديدي، منى، والحطيب، جمال (2002). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة. دار حنين للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
14. الحديدي، منى، والحطيب، جمال، و السرطاوي، عبد العزيز (2002). إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. ط2. دار حنين للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
15. الحطيب، جمال (1998). الإعاقات الجسمية والصحية. دار الشروق للنشر والتوزيع. ط1، عمان-الأردن.
16. الحطيب، جمال (1999). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
17. الحطيب، جمال و الحديدي منى (2004). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. ط1. عمان: دار الفكر.
18. الحطيب، جمال (2005). مقدمة في الإعاقة السمعية. ط2. دار الفكر، عمان -الأردن.
19. الدجاني، سعيد (1988). تمرير المصابين بالسرطان والعناية بهم. بيروت: دار الأندلس.
20. الرشدان، عبدالله، و جعنيبي، نعيم (1997). المدخل إلى التربية والتعليم. ط2، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
21. الرفاعي، نعيم (1979). الصحة النفسية. دراسة في سيكولوجية التكيف، ط5.
22. الروسان، فاروق (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط 5. عمان: دار الفكر.
23. الروسان، فاروق (2007). الإعاقة العقلية. في جمال الحطيب وآخرون: مقدمة في تعليم ذوي الحاجات الخاصة. ط1. عمان: دار الفكر.
24. الرضائي، سليمان (1987). الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين. مجلة دراسات العلوم التربوية. الجامعة الأردنية، المجلد الرابع عشر، العدد الخامس.
25. السجل الوطني للسرطان (2002). التقرير السنوي. عمان -الأردن.
26. السجل الوطني للسرطان (2004). التقرير السنوي. عمان -الأردن.
27. السجل الوطني للسرطان (2006). التقرير السنوي. عمان -الأردن.

28. السجل الوطني للسرطان (2007). التقرير السنوي. عمان -الأردن.
29. السراطوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (1998). الإعاقة الجسمية والصحية. ط1، مكتبة الفلاح - العين - الإمارات العربية المتحدة.
30. السورور، ناديا (2000). تربية التميزين والموهوبين. دار الشروق. عمان-الأردن.
31. الشمائلة، سمية (1994). دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والصرع، والتلاسيميا، وسرطان الدم)، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان -الأردن.
32. الشناوي، محمد (1994). نظريات الإرشاد النفسي. دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة.
33. الشناوي، محمد وآخرون (1995). إرشاد والدي ذوي الاحتياجات الخاصة. المؤتمر الدولي الثاني للإرشاد النفسي، عين شمس، القاهرة.
34. الشيخ، محمد والطبيب، محمد (1990). الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية وعلاقتها بالجنس والتخصص الأكاديمي، المجلد الأول، المؤتمر السادس لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.
35. الصمادي، جميل (1988). مساهمة متغيرات الجنس والعمر عند الإصابة بالإعاقة والحالة الاجتماعية والحالة الصحية والمستوى الاقتصادي في التعايش مع الإعاقة الجسمية. مجلة دراسات، 15(8)، ص. 73-90.
36. الصمادي، جميل. (2007). التوحد. في جمال الحظيب وآخرون: مقدمة في تعليم ذوي الحاجات الخاصة. ط1. عمان: دار الفكر.
37. الطيبة، ندى (1990). دراسة لفاعلية برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الأفكار اللامنطقية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان - الأردن.
38. العابدين، زينب (1994). مدى فعالية العلاج بالمعنى كأسلوب إرشادي في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية في مرحلة المراهقة. رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الطفولة، عين شمس، القاهرة.
39. العزة، سعيد (2000). الإرشاد الجماعي العلاجي. عمان: الدار العلمية الدولية.
40. الفرخ، كاملة (1989). مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عين شمس: مصر.



41. القريوتي، يوسف والصمادي، جميل والسرطاوي، عبدالعزيز (2001). المدخل إلى التربية الخاصة. ط2. دبي: دار القلم
42. -الكبيسي،راضي (1990). اتجاهات الأبناء نحو آبائهم المعاقين. مكتبة دار الفكر، عمان - الأردن.
43. اللاذقاني، محمد (1995). أثر برنامج إرشادي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان -الأردن.
44. النشئة، نعمان (2000). استراتيجيات التدبر التي يستخدمها المتفائلون مقارنة بالمتشائمين من مرضى السرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية:عمان - الأردن.
45. اليماني، سعيد (2003). الإرشاد الأسري لأهالي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة المثال، السنة 17، العدد 175، ص8-11، الشارقة-الامارات.
46. حسن، ملحم (1987). السرطان والأمراض الالتهابية. الطبعة الأولى. دار القلم، بيروت.
47. حواشين، زيدان و حواشين، مفيد (1990). اتجاهات حديثة في تربية الطفل. دار الفكر. ط1. عمان-الأردن.
48. داود، نسيمة (2001). فعالية برنامج إرشادي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي في خفض التوتر وتحسين التفكير العقلاني لدى طالبات الصف العاشر. مجلة دراسات العلوم التربوية، (2)، 28-311.
49. رضوان، حياة (1994). دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمة الاجتماعية لسرطان الطفولة. بحث منشور، المؤتمر الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، المجلد الثاني، مطبعة جامعة القاهرة.
50. ريز، غاريت (2002). السرطان. ترجمة هيئة التحرير في أكاديميا انترناشيونال، بيروت - لبنان.
51. زهران، حامد (1979). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
52. زهران، حامد (1998). التوجيه و الإرشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
53. زيدان، حمدي (2000). مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس: مصر.

54. شلي، رفعت (2004) ترجمة كوير، جيفري. السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج. المكتبة الأكاديمية. القاهرة-مصر.
55. صالح، عبد المحيي و رمضان، السيد (1999). الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
56. صلاح الدين، مها (1998). استخدام برنامج إرشادي لزيادة وعي الوالدين بكيفية رعاية طفلهما الكفيف. رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الطفولة، عين شمس، القاهرة.
57. عبد الله، أيمن (2006)، التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لأطفال مرضى لويميا الدم في الاردن وتطوير برنامج ارشادي لتحسين هذه التأثيرات. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان-الأردن.
58. عبد المجيد، هشام (1990). فعالية العلاج المعرفي في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمدرسي لدى طلاب المدارس الثانوية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، حلوان، القاهرة.
59. عبد الهادي، نبيل (2004). سيكولوجية اللعب وأثرها في تعليم الأطفال. ط1. دار وائل.
60. عبيد، ماجدة السيد (2001). رعاية الأطفال المعاقين حركيا. ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
61. عدس، عبد الرحمن (1998). علم النفس التربوي. ط1. دار الفكر. عمان-الأردن.
62. عطا الله، عبد الفتاح (1988). السرطان. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت.
63. عمر، ماهر (1989). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
64. غيث، سعاد (2004). تطوير برنامج في التربية العقلانية وتقييم آثاره على التفكير العقلاني ومركز الضبط والتكيف النفسي لدى عينة من طلبة الصف التاسع. رسالة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان - الأردن.
65. فزاي، عبد السلام (2002). واقع الطفل المغربي وعلاقته بالمنهاج والوسائل التربوية ما قبل المدرسة. مجلة الطفولة المبكرة، مجلد4 عدد13، ديسمبر، ص: 90-110.
66. فطاي، عبد الرحيم (1991). علم الدم. عمان: دار الثقافة.
67. قطامي، نايفة (1999). علم النفس المدرسي. ط2. دار الشروق، عمان-الأردن.
68. قطامي، يوسف (2009). مدخل إلى علم النفس. ط1. دارالفكر، عمان-الأردن.

69. كاشف، إيمان (2001). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. ط1، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
70. كولطيين، أو لاجونوي، ن، و فلاسوف، ف (1985). موسوعة أمراض الأطفال. بيروت: دار المروج.
71. لامي، روز، و مورنج، دبيي (2001). ترجمة د.علاء الدين كفاف. الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. دار قباء، القاهرة.
72. مركز الأمل للشفاء (1999). ما الذي تحتاج أن تعرفه عن السرطان. عمان: مؤسسة الأمل الأردنية.
73. مركز الحسين للسرطان (2005-1). ما الذي يجب أن تعرفه عن السرطان. عمان - الأردن.
74. مركز الحسين للسرطان (2005-ب). أنت والمعالجة الكيماوية. عمان - الأردن.
75. مركز الحسين للسرطان (2008). برنامج العودة إلى المدرسة. منشورات مركز الحسين للسرطان.
76. مدانات، فارس (2005). لقاء مع رئيس الجمعية الأردنية لأورام الأطفال. صحيفة الدستور، رقم العدد 13700، السنة التاسعة والثلاثون، الأربعاء 7 أيلول 2005، الجزء الأول، ص.4. عمان -الأردن.
77. معهد السرطان القومي (1995). الحديث مع طفلك عن السرطان. ترجمة مركز الأمل للشفاء. عمان: مؤسسة الأمل الأردنية.
78. ملكاوي، أسماء (1998). خصائص الأطفال ذوي الأمراض المزمنة واحتياجاتهم الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان- الأردن.
79. نيارى (2002). الأسرة والطفل المعاق. .. معاناة إنسانية كيف نتعامل معها ؟ [www.hawaa.world.com](http://www.hawaa.world.com)
80. يحيى، خولة (2008). إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. ط2. مكتبة دار الفكر، عمان -الأردن .
81. يحيى، خولة (2008). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط4. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

82. يحيى، خولة، والحديدي، منى، والخطيب، جمال، والروسان، فاروق، والزريقات، إبراهيم، والصمادي، جميل، والعمامرة، موسى، و الناطور، ميادة (2007). مقدمة في تعليم ذوي الحاجات الخاصة. ط1، دار الفكر، عمان -الأردن.
83. يحيى، خولة وعبيد، ماجدة (2007). أنشطة للأطفال العاديين ولذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة. ط1. عمالك دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
84. يحيى، خولة (2006). البرامج التربوية لذوي الحاجات الخاصة. ط1. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.

## المراجع باللغة الإنجليزية

85. Adelman, H. (1978). Predicting psychoeducational problem in childhood. Behavioral Disorders, 3, 148-159 .
86. Armstrong ,F. D., & Horn ,M.(1995) . Educational issues in childhood cancer. School Psychology Quartely ,10 ,292-304.
87. Awad ,G., Khatib, .& Salhi,R.(2003). Distress in cancer in-patients in K.H.C.C.: A study using the Arabic – modified version of distress Thermometer in the King Hussein Cancer Center. Amman, Jordan .
88. Bailey, D. & Wolery, M. (1992). Teaching infants and preschoolers with disabilities. columbus, Ohio: Charles E. Merrill .
89. Beck ,T. (1976). Cognitive Therapy and Emotional Disorders. New York, International Universities Press, p.810 .
90. Beckley, R.W. (1967). Group Counselling provides new insights From Counselling. U.S. Department of labor, Bureau of Employment Security, U.S. Employment Service .
91. Behrman ,Richard E.(2000). Nelson: Text Book of Pediatrics. Philadelphia :W.B. Saunders Company .
92. Bernard ,M.E. (1990). Rational Emotive Therapy with Children and Adolescents : Treatment Strategies. School Psychology –Review, 19(3), pp.294-304 .
93. Best, S., Bigge, J. & Heller, K. (2000). Teaching individuals with physical, health, or multiple disabilities. Columbus, Ohio: Charles E.Merrill .
94. Bigge, J. & Sirvis ,B. (1982). Physical and mutiple handicaps. In N.G. Haaring (Ed.). Exceptional children youth (3ed ed.) Columbus, Ohio : Charles E.Merrill .(pp.299-334) .
95. Biller, J. (1998) .Cognitive Behavioral Intervention for Adolescents with Cysticfibrosis. J.Pediatr – Psychol., New York, Diss-Abst-Inter ,22(5) ,p.269 .
96. Bleyer,W.A.(1990). The impact of childhood cancer in the United States and the world. Cancer Journal for Clinicians, 40,355-367.
97. Brown, R. T. ,Sawyer ,M.B., Antoniou, G ., Toogood, I. Rice,M., Thompson ,M.,Madan-Swain, A.(1996). A 3-year follow-up of intellectual and academic functioning of children receiving central nervous system

- prophylactic chemotherapy for leukemia. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 392-398 .
98. Casto, G. & Matropieri, M. (1986). The efficacy of early intervention programs. *Exceptional children*, 52, 417-424 .
  99. Clafin, Carol j. and Barbarin, Oscar A. (1991). Does "Telling " Less Protect More ? Relationships among Age, Information Disclosure, and what Children with Cancer See and Feel. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 169-191 .
  100. Clunies -Ross, Caroline and Lansdown, Richard ,(1988). Concepts of Death, Illness, and Isolation Found in Children with Leukemia. *Child : Care Health and Development*, 14,373-386.
  101. Cooper, G.(2002). *Cancer* .Donald Jones Publisher. Clifornia, USA .
  102. Davies, A. & Hill, J. (19898). Meeting the needs of students with special physical and health needs. Prentice - Hall .
  103. De loach ,Charlene & Greer ,G.(1981). Adjustment to Sever Physical Disability . McGraw-Hill Book Company , USA .
  104. Di Giuseppe, R.& Bernard, M.E. (1990). The Application of Rational Emotive Theory and Therapy to School-Aged Children. *School Psychology -Review*, 19(3), pp.268-286 .
  105. Fewell, R. (1982). The early years. In : N.G. Haring (Ed.). *Exceptional children and youth*. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill .
  106. Garfied, S.L. (1995). The Client Therapist Relationship in Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive Behavior Therapy* ,(13), 101-116 .
  107. Garrison, K.C., & Force, D.G.(1965). *The psychology of exceptional children*. New York : Ronald press .
  108. Garner, A.M. (1981). Diabetes mellitus. In J.R. Lindemann (Ed.), *Psychological and behavioral of physical disability*. New York : plenum press .
  109. Gossette ,R. and O'Brien ,R. (1993) . Efficacy of Rational Emotive Therapy (RET) with Children : A critical re-Appraisal *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 24, 15-24 .
  110. Hagga,D. and Davison, G. (1993). An Appraisal of Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2),215-220 .
  111. Hallahan, D.P. & Kuffman, J.M. (2000). *Exceptional learners : Introduction to special education* . New Jersey, Englewood cliffs: Prentice-Hall .
  112. Hallahan, D, P. & Kauffman, J, M (2003). *Exceptional Learners: Introduction to Special Education*. (10th Ed) New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
  113. Hansen ,G. (1982). *Counselling Theory and Process*. 2nd ed., N.Y., Bacon Unc. Publishing, New York ,p.168 .
  114. Haslam, R. & Vallettati, P. (2004). *Medical problems in the class room : The teacher's role in diagnosis and management*. University park press .

115. Hayden, A. & Pious, C. (1979). The case for early intervention. In R. York & E. Edgar (Eds.). Teaching the severely handicapped. Seattle : American Association for Severely / profoundly handicapped .
116. Heward, W.L. & Orlansky, M.D. (1988). Exceptional children. (3rd ed.) Columbus, Ohio : Charles E. Merrill .
117. Heward, W.L. (2002). Exceptional children : An introduction to special education. New Jersey, Englewood cliffs : Prentice-Hall .
118. Heward, W, L (2006). Exceptional Children: An Introduction to Special Education. (8th Ed). New Jersey, Columbus Ohio: Pearson, Merrill Prentice Hall.
119. Hill, L.K. (1996). Rational Emotive Behavior Therapy : Humanism in Action. Journal of Humanistic Education and Development, 35(2).
120. Hitchcock, W.E. (1964). The counseling service. Atlanta, GA. Georgia Department of Education .
121. Hosking, G. and Powell, R. (1985). Chronic Childhood Disorder. John Wright @ Sons Ltd. England .
122. CR. (1998). Report. Amman : Jordan university press.
123. Kazak, A.E. (1994). Implications of survival : Pediatric oncology patients and their families . In D. J. Bearison & R.K. Mulhern (Eds.), Pediatric psych oncology : Psychological perspectives on children with cancer (pp.171-193).
124. Kazak, A. E. Christakis, D. Alderfer, M. & Cairo, M.J. (1994). Young adolescent cancer survivors and their parents : Adjustment, learning problems, and gender. Journal of Family Psychology, 8, 74-84 .
125. Kelly, T. (1975). The role of genetic mechanisms in childhood handicaps. In R. Haslam handicaps, and p. Volletutti (Eds.). Medical problem in classrooms. Baltimore : University park press .
126. Kholer, J. (1996). Management of Chronic Disease in Children. Interventional Child Health. Unicef and WHO, 7(4), p.21 .
127. Kirk, S., Gallagher, J. & Anastasiow, N (2003). Educating Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin Company.
128. Koosher, Gredal p. (1980). Psychological Adjustment among Pediatric Cancer Survivors. Journal of Psychology and Psychiatry, 21, 165-175 .
129. Lansky, S. B., List, M. A. & Ritter-Sterr. (1986). Psychological consequences of cure. Cancer, 58, 529-533.
130. Lindemann, J. (1981). Psychological and behavioral aspects of physical disability. New York : Plenum press.
131. Lvine, Arthur (1982). Cancer in the young. New York : Masson Publishing .
132. Lyons, L.G. and Woods, D.G. (1991). The Efficacy of Rational Emotive Therapy : A Quantitative Review of The outcome Research. Clinical Psychology Review, 11, 375-369.
133. Madan -Swain, A., & Brown, R. (1991). Cognitive and psychosocial sequelae for children with acute lymphocytic leukemia and their families. Clinical Psychology Review, 11, 267-294 .

134. Makinde, O. (1984). *Fundamentals of Guidance and Counseling*. MacGrow, Hill-Inc., New York, p.223 .
135. Mc Conkey R., Marigal, Braadland N., and Mphole P. (2000). Parents as Trainers About Disability in Low Income Countries. *International Journal of Disability. Development and Education*, Vol.47, No.3 .
136. McDougal, Sarah,(1997). *Children with cancer ;Effects and Educational Implications*. Indiana University ,U.S.A.
137. Meisels ,S. & Provence, S. (1989). *Screening and assessment*. Washington DC: National Center for Infant Development .
138. Meisels, S. (1991). *Dimensions of early intervention*. *Journal of Early Intervention*. 15, 26-35 .
139. Meyerson, L. (1971). *Somatopsychology of physical disability*. In W.M.Cruikshank, *psychology of exceptional children and youth*, pp.1-74, Englewood cliffs ,N.J. :Prentic-Hall .
140. Mulhern ,R.K.(1994). *Neuropsychological late effects*. In D. J. Bearison &R.K. Mulhern (Eds.), *Pediatric psycho oncology : Psychological perspectives on children with cancer* (pp.99-121).
141. Noll, Robert B. et. al. (1991). *Peers Relationships and Adjustment in Children with Cancer*. *Journal of Pediatric Psychology*. 16, 307-326 .
142. Otto, Shirley E.(1994). *Oncology Nursing*. St. Louis : Mosby .
143. Rees, Gareeth et. al. (1993). *Cancer in Practice*. Oxford : Butter worth and Heinemann .
144. Patterson, G.R.(1971). *Behavioral Intervention Procedures in Class Room and The Home in A.E., Hand Book of Psychology* New York, Diss-Abst-Inter ,32(9), p.20 .
145. Phipps, S.(1994). *Bone marrow transplantation*. In D.J. Bearison &R.K. Mulhern (Eds.), *Pediatric psycho oncology : Psychological perspectives on children with cancer* (pp.143-170) .
146. Said, John A. et. al. (1989). *Neuropsychological Sequelae of Central Nervous System Prophylaxis in Survivors of childhood Acute Lymphoblastic Leukemia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 251-256 .
147. Sexson,S.B. ,&Madan-Swain,A. (1993). *School reentry for the child with chronic illness*. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 115-125 .
148. Sharf,R.S.(1996). *Theories of Psychotherapy and Counselling: Concepts and Cases*. California. Brooks / Cole Publishing Company.
149. Smith ,d.(1982). *Trends in counseling and psychotherapy*. *American Psychologist*. 37 (7), 802-809 .
150. Smith, T.W. (1983) .*Change in Irrational Beliefs and The outcome of Rational Emotive Psychotherapy*. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 51(1), 156-157 .
151. Smith, D, D. (2007). *Introduction to Special Education: Making a Difference*. (6th Ed). Boston: Pearson, Allyn and Bacon.

152. Spiritto, Anthony et. al. (1990). Social Adjustment of Children Successfully Treated for Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 15, 359-371 .
153. Stephen ,H. and Others (1997). *Psychiatric and Psychological support for Children and Family*. R.H.Inc., New York, p.1221.
154. Steven, Alan.(1995). *Pathology*. London : Mosby .
155. Stewart, R.S. & Kenneth, U.G. (1983). The Effect of Self -Administrated Cognitive Therapy on Social -Evaluative Anxiety. *Journal of Clinical Psychology* , 39(5), pp.658-666.
156. Stoneman, Z.,&Berman, P.W.(1993). The effects of mental retardation, disability, and illness on sibling relationships. Baltimore.Brookes .
157. Telford, C.W., & Sawery, J.M. (1977). The exceptional individual children. Englewood cliffs, N.G. : Prentic -Hall .
158. Turnbull ,H.R. (1979). Report of parent's Committee : Families in crises, families at risk. In T.D. Tjossem (Ed.), *Intervention strategies with high risk infants and young children*. Baltimore : University park press .
159. Umbriet, J. (1983). *Physical disabilities and health conditions : An introduction*. Columbus, Ohio : charles E.Merrill .
160. Van Dongen - Melman and Sanders -Woudstra. (1986). Psychosocial Aspects of Childhood Cancer : Review of Literature *Journal of Psychology and Psychiatry*. 37, 145-180.
161. Van Hasselt, V. , Strain, p., & Hersen, M. (1988). *Handbook of developmental and physical disabilities*. New York : plenum press.
162. Vernon, A. (1996). Counselling Children and Adolescents : Rational Emotive Behavior Therapy and Humanism. *Journal of Humanistic Education and Development*, 35(2), 120-128 .
163. Vernon, A. (1998). *The Passport Program : A journey Through Emotional, Social ,Cognitive and Self Development, Grades 9 -12*. Research Press. Champaign .
164. Volten ,E. (1996). The Rationality of Alcoholics Anonymous and The Spirituality of Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Education and Development*, 35(2), 105-115 .
165. Voute, P.a. (1999). *Cancer in Children : Clinical Management* Oxford : University Press .
166. Wallen, S.R. , Di Giueseppe, R., and Dryden, W. (1992). *A practitioners Guide to Rational Emotive Therapy*. (2nd edition), New York : Oxford University Press .
167. Werner, P.(1979). *Cognitive Theory*. 2nd ed., Oliver Mac. Pub. Co., London, p.244 .
168. Wilde, Jerry (1996). The Efficacy of Short Term Rational Emotive Education with Fourth Grade Students. *Elementary School Guidance and Counseling*, 31(2), 131-138 .
169. Williamson,E.G. (1959). Someissues underlying counseling theory and practice. In W.E.Dugan (ED.) .*Counseling points of view*. Minipolis : University of Minnesota Press .



---

المراجع

170. WHO.(1995). National Cancer Control Programmes : Policies and Managerial Guidelines. Geneva : World Health Organization .
171. WHO.(1997) .The World Health Report. Geneva : World Health Organization.

مواقع انترنت

172. Autism Society of America (2008). Defining of Autism Spectrum Disorders. On [www.autism-society.org](http://www.autism-society.org).







دار  
المسيرة  
للنشر والتوزيع والطباعة

# التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان



Special education &  
Cancer patients

Yaman



دار  
المسيرة  
للنشر والتوزيع والطباعة  
www.massira.jo